

UNIVERSITE ABDE RAHMANE MIRA-BEJAIA  
FACULTE DE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES  
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

# *Mémoire de fin de cycle*

En vue de l'obtention du diplôme de master  
Spécialité : psychopathologie et psychosomatique

Thème

*Le profil psychosomatique  
chez les nourrissons abandonnés*

*Réalisé par :*

M<sup>elle</sup> RAHMANI Kenza.

M<sup>elle</sup> MENDIL Sabiha.

*Encadré par :*

M<sup>er</sup> LEKHAL Samir Tarik.

**Année universitaire 2017-2018**

## *Dédicace*

*Je dédie ce modeste travail à mes chers parents, pour leur patience, bienveillance et leur soutien tout long de mes études.*

*A mes sœurs et mes frères.*

*A Mes collègues de travail en particulier ma chère Bouchena .L .*

*A mes copines de la section psychopathologie et psychosomatique.*

*A toute personne que je connais et que je n'ai pas pu citer.*

*A tous ceux qui ont contribué de près ou de lions à la réalisation de se travail.*

*A tous ceux qui vont bénéficier de ce modeste travail.*

*M. Sabiha*

## Table des matières

<b>L'introduction</b> .....	2
La problématique .....	5
L'hypothèse .....	8
Les concepts clé .....	9

### Partie I : partie théorique

#### Chapitre I : psychosomatique Infantile

Préambule .....	11
1-Définitions de la psychosomatique infantile .....	11
2-Étiologie de la maladie somatique .....	11
3-Incidence de développement du nourrisson.....	13
4-Les troubles psychosomatiques du nourrisson.....	15
4-1-Les troubles alimentaire.....	15
4-2-L'asthme .....	19
4-3- La pathologie de la sphère cutanée .....	20
4-4-La colique des trois premier mois.....	21
5- La classification des troubles du nourrisson .....	23
5-1-Trouble psychique a une altération organique.....	23
5-2-Troubles à l'expression motrice.....	23
5-3-Troubles à l'expression somatique.....	25
5-4-Troubles à l'expression nerveuse.....	25
6-L'interrelation est le processus psychosomatique ou la personnalisation.....	27

7- Les processus psychosomatique et ses perturbations. ....	28
8- L'attachement dans une évolution psychopathologie de nourrisson.....	30
Conclusion .....	33

## **Chapitre II : les nourrissons bondonnés**

Préambule .....	35
1 - Historique de l'abandonnisme .....	35
2 - Définitions de nourrisson abandonné.....	37
2-1 - Selon le dictionnaire de la psychiatrie. ....	37
2-2 - Selon le dictionnaire psychologie.....	37
2-3-Selon le dictionnaire de la psychanalyse .....	37
3-Statistique sur l'enfant abandonnée.....	38
4- L'abandon en Algérie.....	39
5- Origine psycho-sociale.....	39
6-la symptomatologie abandonnique .....	40
7- Les souffrances des enfants abandonnées sur le plan étiologique .....	40
8- Les manifestations et les évolutions possibles sur le plan symptomatique	
Des nourrissons Abandonnés .....	41
9- La dépendance du nourrisson .....	41
10- L'abandon dans les classifications.....	42
11-Les travaux algériens concernant les conséquences en milieux institutionnels Sur le développement de l'enfant abandonné .....	43
12-Les types de placement d'enfants abandonnées dans l'institution.....	44
13- Les causes de l'abandon d'un enfant .....	45
14- Le vécu de l'abandon.....	46
15-Les conséquences de l'abandon sur l'enfant .....	47
Conclusion .....	48

## **Partie II : Partie méthodologie**

Préambule .....	50
-----------------	----

1-Limites de la recherche .....	50
2-Rison de choix.....	50
3-Présentation de lieu de recherche .....	50
4-Prés- enquête .....	51
5-La population d'étude.....	53
6-La méthode de la recherche.....	54
7- les outils utilisés .....	54
7-1-L'observation clinique .....	55
7-2-La grille d'observation.....	55
7-3-L'entretien clinique.....	57
Conclusion .....	58

### **Présentation, analyse et discussion des résultats**

Préambule .....	60
Présentation et analysé des cas .....	60
1-Présentation du cas numéro 1 .....	60
2-Présentation du cas numéro 2.....	63
3-Présentation du cas numéro 3.....	66
4-Synthèse générale.....	69
5-Discussion générale.....	72
Conclusion.....	73

La liste bibliographie.

Les Annexes.

### **Introduction:**

La notion psychosomatique est une approche globale de la médecine, on considère le sujet dans son organisme et son psychique. Donc, le nourrisson est un tout, le corps (le somatique) et la pensée (la vie affective) sont étroitement liés et influencés l'un par l'autre, une souffrance psychique peut avoir un aspect visible, ou parfois plus masquée, sur le corps, et à l'inverse. Une souffrance ou un dysfonctionnement psychique peut avoir une incidence immédiate sur le moral et l'affectivité. Lorsque une émotion ou une souffrance n'est pas dégrée psychologiquement tout peut se passer comme si elle était inconsciemment redirigée vers le corps pour se manifester physiquement.

On peut dire le nourrisson est un être essentiellement psychosomatique, car les conflits psychiques et les difficultés d'interaction du nourrisson avec l'environnement s'expriment souvent par des manifestations somatiques, et certaines manifestations psychosomatiques du nourrisson sont également très liées aux stades de maturation psychologique, elles apparaissent préférentiellement dans certaines périodes de l'évolution psychologique comme (les coliques, l'anorexie, et le spasme du sanglot ...). La psychosomatique actuelle est basée sur les relations entre l'équilibre somatique et la qualité des fondements psychosomatiques psychoaffectifs de la personnalité.

Ainsi voyons-nous l'enfance est la période où les intrications psychiques et somatiques sont les plus importantes, on trouve les troubles psychosomatiques dans des situations de détresse telle que la séparation, des carences affectives chroniques, des conflits externes (avec les personnes externes) ou internes (avec son affect personnel).

## Introduction générale

---

Des carences affectives prolongées pendant les deux premières années de la vie de l'enfant peuvent être à l'origine, du fait de l'insuffisance ou la discontinuité des soins maternels, de troubles de l'attachement et de conséquences développementales psychosomatiques diverses que nous allons détailler dans notre recherche.

Nous avons divisé notre travail comme suit :

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

Le premier chapitre a été consacré à la psychosomatique infantile dans ses différentes dimensions : la définition de psychosomatique infantile, l'étiologie de troubles psychosomatiques, les différents troubles psychosomatiques chez le nourrisson...

Le deuxième chapitre a été réservé aux nourrissons abandonnés, qui comprend : définition, historique, les causes, les conséquences de l'abandon...

Le troisième chapitre, une partie pratique a été consacrée à un cadre méthodologique dans laquelle on a abordé la présentation du lieu de recherche, la pré-enquête, la méthode de recherche et les outils d'évaluation, la population d'étude. Un autre chapitre pour la présentation et l'analyse des résultats et pour la discussion générale.

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

## **Problématique et hypothèse**

---

### **La problématique :**

Chaque année, un nombre d'enfants très important se trouve sans abri, sans la rue et sans éducation, milliers des nourrissons nés hors mariage sont abandonnés à la charge de l'état dans des orphelinats, des associations algériennes, les centres spécialisés d'enfants abandonnés.

Depuis l'indépendance algérienne, la question des naissances hors mariage a été souvent articulée à des passerelles institutionnelles, familiales et spirituelles, instables ou incohérentes. Ainsi, les chiffres officiels sont estimés à 3000 enfants nés sous X par an, les associations annoncent 4200 par an (Aonzellag, 2011).

Le taux le plus élevé des enfants abandonnés dans la wilaya de Bejaia d'après les chiffres officiels donnés par les services de la direction de l'action sociale est estimé à 150 enfants abandonnés chaque année, 400 nourrissons issus de mariage hors normes durant les 10 mois en cours, 90 bébés abandonnés à l'espace de 10 mois. (Service de la direction de l'action sociale, 2018).

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

Le dictionnaire de la langue française et notamment le petit Larousse de 1996 a expliqué la notion d'abandon de manière générale comme « l'action d'abandon, de quitter, de cesser d'occuper, c'est le fait d'être délaissé, négligé volontairement d'une personne, d'un bien ou de renoncer à un droit ».

## Problématique et hypothèse

---

Ce phénomène d'abandon s'explique par plusieurs causes, tenant soit à l'incapacité économique de la mère de souvenir à des besoins, soit à la raison psychologique, soit des raisons d'aborder social.

L'abandon de nourrisson dès la naissance ou pendant ses premiers mois, provoque chez tous les nouveau-nés des effets semblés. Selon Bowlby il est possible d'en déduire que le nourrisson a des besoins spécifiques et primordiaux durant les premiers mois de sa vie, l'attachement témoigne d'un besoin primaire du bébé. (Guedeney et Meur, 2005).

Un lien d'attachement doit obligatoirement être établi entre le bébé et la personne étant à sa charge, la situation d'abandonne c'est non seulement changé de milieu de la vie, se séparer, mais également aussi elle influence sur le développement cognitive, affective, physique et moteur. chez le nouveau-née l'incapacité à exprimer le mal être permanent incite son corps à extérioriser par des profils somatiques soit Eczéma, asthme précoce, ou les retard de croissance, il n'est pas non plus rare que cela provoque l'anorexie mentale, l'insomnie ou encore des vomissements.

Chez le nourrisson la souffrance somatique s'exprime par des perturbations de l'état de santé, le pédiatre perçoit qu'il ne se développe pas normalement. Le psychisme et le somatique sont souvent liés et l'un dépend de l'autre.

**Selon Winnicott** la mère s'adapte aux besoins de son enfant et l'enfant satisfait ses besoins par sa mère, c'est la procédure à travers laquelle l'un nourrit l'autre « l'enfant crée sa mère » et lui existe grâce à elle. la fonction développée par mère dans des processus d'investigation psychosomatique et dans le développement d'un soi authentique est liée à l'importance des expériences de séparation individuation (écrites par Mather).

**R. Spitz**, en étudiant des bébés ayant subi une carence affective partielle, c'est-à-dire une séparation précoce mère- enfant privés de relation affective

## **Problématique et hypothèse**

---

placés dans une pouponnière a pu constater que si la durée de séparation est de 3 à 5 mois les troubles se chronicisent, si la séparation excède 5 mois, le retard psychomoteur s'installe. Les courbes de développement et de poids chutent et le bébé présente un tableau d'hospitalisme. (Sahuc, 2006).

Donc, les soins maternels sont importants non seulement l'alimentation et les soins maternelle pour la protection à l'égard des dangers extérieurs, mais aussi pour les sollicitations émotionnelles et physique continues aux quelle est soumis le nouveau-née. ( Baldoni T, 2005). Et la carence affective a des effets négatif sur le plan biologie et psychique, elle provoque des trouble somatique chez le bébé au niveau des grandes fonctions : sommeil, alimentaire, gestuelle. (Shuc ,2006).

L'expression somatique du nouveau-né peut être considérée comme une difficulté de l'ajustement réciproque de la dyade mère-enfant. Les symptômes ultra précoces du nouveau-né sont liés à l'état affectif de l'entourage et montrent la mise en place de la compulsion de répétition, les cris pro gestique et le reflux gastro-œsophagien sont une réponse du bébé à un excès d'excitation du à un hyper investissement anxieux des parents. Cet hyper vigilance du bébé responsable des trouble du sommeil nécessite d'explorer le rôle et la valeur dans l'économie psychosomatique, les manifestations allergiques semblent volontiers en relation avec une situation conflictuelle. (Eiber R,2011).

L'expression somatique chez le nourrisson cède la place à l'expression psychique au fur et à mesure du développement. Il existe une forte intrication entre les caractéristiques personnelles du bébé et celles des parents à travers leur problématique actuelle. Le tout premier développement passe par l'accès à la position passive supposant une intrication pulsionnelle préalable suffisante. À partir de là se développent la discrimination d'objet et d'états

## **Problématique et hypothèse**

---

affectifs, en suite l'activité autoérotique et la pensée qui aboutit à la phase génital précoce. (Eiber R, 2011).

D.W.Winnicott (1958) décrit chez les nourrissons des moments de « dépersonnalisation ». Pour lui, « le bébé d'un n'est fermentent enraciné à son corps qu'à certains moments. La psyché d'un nourrisson normal peut prendre le contact avec le corps, il y a peut de différence avec ce que nous appelons en pédiatre un changement de tient, qui fait partie des malaises du nourrisson, pour lequel un bilan est généralement fait en milieu hospitalier (recherche de reflex Castro-œsophagien, d'hypertonie vagal...). Dans la crainte d'un malaise plus grave à l'inverse qu'un bébé qui se tend en arrière pour une tension interactive (agitation, colère, bébé qui se sent contenu, ne sait « s'enrouler » comme dans le creux utérin) accroît les régurgitation et remontées internes de façons mécanique, donc les douleurs il peut s'agir de la traduction physique d'angoisse archaïque( [http //clemedicine.com](http://clemedicine.com)).

Ainsi notre étude a abordé les profils psychosomatiques d'enfants abandonnés. Ces profils s'observent à la suite d'un processus ou une lésion organique, c'est-à-dire d'une véritable atteinte.

D'après ce qui a été évoqué dans la problématique, nous sommes arrivés à nous poser la question suivante :

### **Question de départ :**

Est-ce que les nourrissons abandonnés observés présentent des profils psychosomatiques spécifiques ?

### **Pour répondre à cette question, nous avons émis l'hypothèse suivante :**

Les nourrissons abandonnés manifestent effectivement des symptômes psychosomatiques liés à leur situation d'abandon.

## **Définition des concepts clé**

---

### **Définition des concepts clé :**

#### **Le profil psychosomatique infantile :**

##### **1.1. Définition théorique :**

Selon les spécialistes psychosomatiques « c'est une désorganisation somatique, passagère ou permanente dont la genèse ou le développement comporte un déterminisme d'ordre psychologique soit actuel, soit d'ordre régressif qui met en évidence des organisation psychologie précoce. (Kaller, P-H,1997).

##### **1.2. Définition opérationnelle :**

C'est l'ensemble des symptômes spécifiques qu'on peut observer comme trouble, malaise, mal-être qui touche le nourrisson, on peut l'observer à travers différents symptômes comme : problème répertoire (l'asthme), les troubles alimentaires, rejet de nourritures, les coliques, insomnie et diarrhée.

#### **2. Le nourrisson abandonné :**

##### **2.1. Définition théorique :**

Le manuel alphabétique de psychiatrie décrit l'abandon comme :

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

## Définition des concepts clé

---

### 2.2. Définition opérationnelle :

Il se définit comme un nourrisson placé dans une pouponnière par ces parents  
Qui se trouve dans l'une des situations suivante : s'il est né sous x (hors mariage), s'il est né de parent inconnus. S'il est orphelin ou s'il a des parents incapables de subvenir à ses besoins ou ne disposant pas de moyen légaux de substance.

**Préambule :**

Chez l'être humain, le corps et l'esprit sont étroitement liés, une émotion vécue difficilement mal digérée en somme, peut être alors exprimée par l'intermédiaire du corps, à la naissance, l'enfant communique avec le monde qui l'entoure par les sens, nous disons que le nouveau-né est en hyper vigilance sensorielle, pour exprimer son bien-être ou à l'inverse, son mal-être. C'est son corps qui nous parle.

**1-La définition de la psychosomatique infantile :**

La psychosomatique infantile est une conception doctrinale et pathogénique qui accepte et inclut les facteurs psychiques et conflictuels dans le déterminisme ou le développement des maladies physique. (Kreisler L, 1976).

C'est une expression somatique qui occupe une position privilégiée dans la psychopathologie du nourrisson. Elle touche principales fonctions du sommeil, l'alimentation, l'élimination, la respiration... il s'agit donc d'une pathologie surtout fonctionnelle insomnie, anorexie, coliques, constipation, spasmes respiratoire... (Kreisler L, 1976). Les troubles psychosomatiques interrogent le corps et le psychisme en évolution, la maladie concerne à la fois l'équilibre biologique et psycho- affective dans la désarroi d'un destin menacé la maladie apparait la conséquence d'une modification fonctionnelle de nature psychosomatogénétique d'expression variable selon structure biologie et psychologie (Michel B, 1985).

**2-Étiologie des troubles psychosomatique :**

Comme chez l'adulte, la notion de série complémentaire s'impose. On ne peut écarter la notion de terrain prédisposant lorsque l'on constate la prédominance familiale de certains troubles : dans les migraines, l'ulcère duodéal, l'asthme, l'énurésie. Minuchin aux États-Unis, et selvini en Italie, considèrent

que c'est qui détermine certaines maladies psychosomatiques (asthme, diabète labile, anorexie mentale).

Les caractéristiques de la relation mère-enfant jouent un rôle décisif dans le déclenchement, puis dans le maintien des troubles.

L'hypothèse symbiotique, et particulièrement la fantasme du corps de l'enfant faisant partie de celui de la mère, se révèlent lors du traitement de la mère et de l'enfant.

On en vient à postuler que le corps de l'enfant est usurpé dans un mouvement régressif par la mère pour y déverser une problématique qu'elle n'arrive pas à maintenir au niveau intrapsychique.

Exemple : un enfant de 3 semaines commence un eczéma lorsque sa mère perd son propre père à la suite d'un suicide. Dans ce cas, on note des caractéristiques opératoires chez la mère.

Dans un autre cas, on voit qu'une mère et une grand-mère développent des gastro-entérites aiguës alors que l'enfant hospitalisé fait une rémission d'ulcère gastrique.

Ces phénomènes, assez fréquents, confirment la plasticité et la réceptivité du psychisme infantile à l'effet maternel, ce qui oriente les thérapies vers une prise en charge de la relation mère-enfant.

Mais cela ne doit pas éclipser les contributions de l'organisation psychique de l'enfant lui-même, si jeune et immature soit-il. Il faut donc persister à tenter une mise en évidence des caractéristiques du fonctionnement psychique de l'enfant, si difficile que soit cette entreprise aux âges précoces. (Mallet P, Miliace C, Cuisinier F et Baudier A, 2004).

### **3-Incidences du premier développement :**

Né au monde dans une grande immaturité, l'être humaine prend son essor pour une évolution dont la durée, singulière entre toutes les espèces, donne à l'homme en train de se faire son potentiel de richesse individuelle, mais aussi sa vulnérabilité. Les premiers mois de la vie sont pour le psychisme sa période de gestion. Les anomalies de la relation précoce peuvent être aussi néfastes pour le psychisme que le sont pour le corps de l'embryon les carences et les agressions de la vie intra-utérine.

R. Spitz décrit trois moments du premier développement, décisifs en tant qu'on organisateur de la personnalité :troisième mois, 6-8 mois, milieu de la deuxième année. Ce sont aussi des points critiques par la deuxième année. Ce sont aussi des points critiques par la vulnérabilité et propices à l'éclosion d'une pathologie. Le passage se fait d'une situation initiale symbiotique de dépendance complète à une autonomisation progressive.

Le nouveau-né vit en système clos ou l'équilibre est trouvé dans la satisfaction des besoins élémentaire : la faim, le sommeil, le confort corporel. Ces satisfactions sont tirées de la relation à la mère. (Kreiser L, 1976).

Le deuxième semestre est caractérisé par la reconnaissance de la mère qui devient l'objet électif de l'investissement. L'établissement de la relation d'objet se signale par le phénomène de l'angoisse devant l'étrange.

Selon Spitz cette période est différemment éclairée par d'autres : stade du miroir, de la position dépressive, de l'objet transitionnel, la personnalisation, l'acquisition du Soi, c'est-à-dire de la continuité vécue dans le corps et la personne, différenciée de l'autre.

La période de la deuxième année, dans sa complexité et sa richesse, n'est pas non plus facile à schématiser sans risque de déformation. (Kreiser L, 1976).

A des empêche purement externe pourraient venir s'ajouter des composantes constitutionnelles liées aux caractéristique de l'individu lui-même comme la complaisance somatique, les différence quantitatives héritées de la libido, les facteurs liées à la constitution ou à la prédisposition.

Ce modèle reste, semble-t-il, un modèle très pertinent puisqu'il allie à des éléments que l'on pourrait dire préférentiellement « organiques » et propres au sujet lui-même, des facteurs conjoncturels liés aux interactions avec des données de l'environnement. (Débray R, 2002).

L'aspect multifactoriel que la plupart des auteurs actuels s'accordent à reconnaître dans l'étiologie et le déclenchement des maladies somatiques étaient donc déjà soulignés.

C'est peut-être la notion de « stress » pourtant déjà donnée elle aussi avec la référence à la névrose traumatique qui constitue l'élément le plus novateur à travers les différentes acceptions qu'elle a pu revêtir différents auteurs.

Elle apparaît, quoique non nommée en tant que telle, dans le modèle que propose F.Alexander (1950) avec la reconnaissance de types spécifiques de conflits, qui se seraient à l'origine d'un certain nombre d'affections psychosomatiques comme les ulcères duodénaux, les colites, l'hypertension, l'asthme bronchique, les dermites d'origine nerveuse, l'arthrite rhumatoïdale, l'hyperthyroïdie. Pour lui le trouble psychosomatique apparaît lorsque se trouve réunie une triple conjonction de facteurs ; un type spécifique de conflit, une prédisposition particulière du corps du sujet, et une situation actuelle de conflit.

En 1983 insisté sur le caractère dynamique d'un tel modèle comme sur la nécessité de l'existence d'une conjonction temporelle singulière qui unisse en quelque sorte une double fragilité chez le sujet en cause : sa sensibilité particulière à un certain type de conflits et sa prédisposition somatique.

A la compréhension hautement individualisée, quoique parfois assez simpliste, que proposait Alexander, se sont opposées, nous semble-t-il, les constructions de certains de ses élèves et notamment celle de F. Dunbar(1955) avec la recherche de profils psychologiques typiques des sujets présentant la même affection. Il s'agit là d'une démarche qui connaît encore à l'heure actuelle une grande vogue, surtout dans les milieux médicaux puisqu'elle favorise un point de vue classificatoire, faussement réducteur à notre sens, mais dont la valeur prédictive en ce qui concerne l'affection somatique qui risque de survenir séduit et rassure les médecins qui s'y réfèrent. Le caractère trop général d'une telle approche.

La référence au stress court à travers tous ces recherches. Elle peut prendre une connotation nettement médicale en se rapprochant alors du modèle agressologique tel qu'il a été remarquablement. (Débray R, 2002).

#### **4-les différents troubles somatiques du nourrisson :**

##### **4-1-trouble alimentaire :**

##### **4-1-1-Anorexie mentale du nourrisson :**

L'anorexie du nourrisson est sans doute le premier trouble qui fait toucher du doigt de pédiatre la réalité concrète d'un problème psychologique de toute petite enfance.

Aucune altération organique en effet ne peut être relevée chez le bébé, agacé, en face d'une mère inquiète ou agacée ou désemparée. Tandis qu'il interroge et écoute, le médecin est frappé par l'espace éveillé et presque excité de ce nourrisson qui provoque du regard et de sourire avec une facilité de contact déconcertant. Défilent en rang serré les doléances maternelles, chaque repas est devenu un supplice, tous les moyens ont été essayés, contrainte énergique ou déguisée, chants, jouets accumulés, la bouche à maman, à papa, à l'ours ; le biberon du soir donné à la sauvette à la faveur du

demi-sommeil et parfois ou bout d'une heure et plus d'effort et de ruse, le vomissement provoqué avec l'aisance la plus déconcertante.

L'anorexie s'installe le plus souvent aux environs du sixième mois, période de l'installation de la relation élective à la mère, parfois à l'occasion d'un incident de santé, surtout avec l'introduction des autres aliments que le lait, imposé maladroitement. A partir du refus initial. Telle est l'anorexie commune dit aussi anorexie d'opposition, pour souligner l'essentielle du trouble qui est une conduite de refus. (Kreislér L, 1969).

Les unes sont marquées par l'intensité inquiétante de l'anorexie. Il ne s'agit pas d'un simple comportement de refus ; la faim même peut manquer par un processus véritablement psychosomatique. D'autres sont incluses dans des états mentaux précoces sévères, prépsychotique ou psychotique. D'autres encore sont dues à des phobies alimentaires. L'anorexie du nourrisson a reçu des explications, les unes neuropsychologiques, les autres psychodynamiques.

#### **4-1-2-Le mérycisme :**

Le mérycisme du nourrisson survient le plus souvent au cours du deuxième semestre, c'est-à-dire pendant l'établissement de « la relation d'objet ». Il touche habituellement le garçon et concerne presque toujours des nourrissons normaux sur le plan neurologique et intellectuel, sans anomalie organique digestive. Il est caractérisé par une régurgitation volontaire qui aboutit au long mâchonnement des aliments régurgités, suivi d'une nouvelle déglutition partielle ou totale des aliments et ainsi de suite. Au cours de cette rumination, le comportement est très particulier. Le bébé est entièrement absorbé dans son exercice, le regard vide, comme étranger au monde extérieur, immobile, abîmé dans sa satisfaction. Il s'arrête dès qu'on s'approche de lui. Il a une singulière avidité de contact et ne détache pas son regard de la personne

présente « qu'il suit comme un radar ». Le mérycisme sur vient lorsque l'enfant est seul ou se croit seul. C'est pourquoi il peut échapper longtemps à l'observation, même en milieu hospitalier. Les aliments sont en grande partie vomis, d'où résulte une dénutrition progressive qui au bout de quelques jours ou de quelques semaines peut devenir menaçante. Certains de ces enfants sont en péril mortel et ne doivent leur salut qu'aux mesures thérapeutiques prises d'urgence .La condition étiologique pathogène est habituellement une privation affective.

Le traitement du mérycisme comporte un certain nombre de directives qui sont inséparables. La dénutrition et la déshydratation sont parfois menaçantes. L'hospitalisation est alors nécessaire pour les corriger. Dans les formes graves, la séparation a un but de déconditionnement. Elle est nécessairement assortie d'une action directe, destinée à dériver la fâcheuse habitude vers des intérêts affectifs relationnels. L'enfant est remis à une infirmière informée du problème et soigneusement choisie pour ses qualités et, si les conditions le permettent, confié à un psychothérapeute habitué aux jeunes enfant. Il est pris tantôt seul, tantôt conjointement avec la Méré. Un des points essentiels du traitement est de rendre l'enfant apte à établir une relation personnalisé. L'action sur l'entourage est indispensable. Des entretiens répétés avec la mère cherchent à éliminer les facteurs pathogènes. L'action psychothérapique devra être poursuivie longtemps après le retour de l'enfant dans son foyer. Le pronostic immédiat est habituellement favorable si ces mesures sont prises.

#### **4-1-3- Boulimie et obésité :**

L'obésité qui est une grande fréquence dans le premier âge « obésité primaire ».elle est régulièrement la conséquence d'une alimentation excessive et ne reconnaît pas de cause endocrinienne comme on le croit communément dans le public. Beaucoup des nourrissons deviennent trop gros et très bonne heure. Les formes les plus précoces sont aussi les plus tendances. Les études

contemporaines ont révélé la fixation précoce de la tendance à l'obésité sur les plans à la fois physiologique et psychologie.les régimes excessifs surtout en graisses des premiers mois peuvent entrainer une obésité définitive ; c'est dire l'importance des régimes alimentaire précoces. Conjointement le noyau psychologie de la boulimie se constitue souvent au tout début de la vie. (Kreisler, 1669).

#### **4-1-4-les vomissements :**

Symptôme particulièrement fréquent, surtout chez le nourrisson, il existe tout un continuum entre la simple régurgitation banale et physiologie, le gros renvoi et le véritable vomissement. Le vomissement concerne un lait qui a déjà subi le processus de la digestion (âcreté de l'odeur), à l'opposé de ce qu'on voit dans la régurgitation. La distinction n'est cependant pas toujours aisée d'autant que la physiologie même du cardia (jonction œsophage, estomac) du nourrisson rend plus faciles ces vomissements.

En dehors de toute anomalie physiologique (malposition cardiotubé-rositaire) ou d'épisode pathologique (infection, déshydratation...), certains nourrissons vomissent avec une déconcertante facilité.

Souvent il s'agit de nourrissons anorectiques où l'interaction alimentaire entre mère et enfant s'est précocement engagée sur une voie conflictuelle. Les vomissements alternent avec les épisodes anorectiques. Ils peuvent s'associer à des comportements alimentaires particuliers : refus de tout morceau qui déclenche aussitôt le vomissement, goût électif ou au contraire attitude boulimique. Ils surviennent parfois sans aucun effort apparent, ailleurs ils apparaissent secondaires à des efforts de contraction des muscles abdominaux. Plus exceptionnelles sont les conduites quasi perverses où le nourrisson cherche à se faire vomir par introduction de doigts dans la bouche, afin de déclencher un réflexe nauséux.

La distinction entre ces nourrissons vomisseurs chez lesquels la dimension psychopathologique paraît être au premier plan, et ceux pour lesquels il s'agit d'un simple trouble fonctionnel (discrète béance du cardia) n'est pas facile. (Gutton PH, Castex E et Estrabaud M).

#### **4-2-L'asthme :**

L'asthme du nourrisson, que d'autres préfèrent appeler bronchite asthmatiforme en raison du contexte fébrile habituel, présente quelques particularités méritant d'être soulignées.

Sur le plan clinique, signalons d'abord sa survenue lors du second semestre, et sa disparition fréquente vers 2-3 ans. Notons aussi l'absence d'angoisse manifeste chez l'enfant dyspnéique qui ne paraît pas outre mesure incommodé par cette dyspnée : il reste actif, joueur, gai même. Au plan psychologique l'excessive familiarité sans qu'apparaisse l'angoisse normale de l'étranger a aussi été notée chez ces nourrissons. On peut l'attribuer soit à des conditions de maternage défectueuses où le substitut maternel change trop souvent (garde à temps partiel par exemple), soit à un environnement surprotecteur et envahissant.

Au plan psychopathologique la survenue de l'asthme traduirait l'échec de l'élaboration mentale du mécanisme d'angoisse de l'étranger (Fain), l'issue plus fréquente de cet échec dans l'auto-érotisme comme on peut l'observer au cours du mérycisme étant là barrée par la conduite « hypemormative » de la mère. Le déploiement du second organisateur de Spitz serait ainsi entravé soit par une triangulation trop rapide entre des personnages équivalents (garde partielle), soit par la massivité de l'investissement maternel.

Toutefois, ces hypothèses pathogéniques ne sont pas confirmées par d'autres auteurs. Ainsi Gautier et coll. ne retrouvent chez le nourrisson asthmatique et dans l'interaction avec sa mère aucune caractéristique spécifique en dehors

d'une inquiétude un peu excessive de l'éloignement maternel. Ces auteurs considèrent que les descriptions des relations mère-enfant pathogènes, valables pour l'enfant asthmatique plus âgé, ne s'observent pas encore à ce stade précoce, la réactivité asthmatique n'étant qu'un facteur de vulnérabilité susceptible d'entraîner la relation mère-enfant dans une ambivalence secondairement pathogène et pathologique. (Gauthier Y et coll, 1976).

### **4-3 –Pathologie de la sphère cutanée :**

Extérieures, enveloppe qui limite et contient le dedans, zone d'échange entre l'intérieur et l'extérieur, la peau est un organe dont les fonctions physiologiques et psychologiques sont Lieu de contact privilégié avec le monde environnant, barrière contre les agressions riches et diversifiées. Miroir fidèle des influences psychiques, les manifestations cutanées (rougeur, pâleur, sudation, horripilation) ont des origines autant physiologiques que psychologiques. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que les manifestations psychosomatiques s'y retrouvent souvent.( kreisler L,1976)

#### **4-3-1-Eczéma du nourrisson :**

Dans sa forme typique, l'eczéma à topique du nourrisson commence au cours du second trimestre. Il débute sur les joues, le cou et peut s'étendre progressivement à tout le corps. Il est fréquent de voir cet eczéma régresser dans le courant de la seconde année et, dans quelques cas, un asthme infantile y succède. On décrit aussi l'eczéma des plis, forme où l'irritation locale paraît jouer un rôle plus important.

Spitz a bien montré la fréquence élevée des eczémas de nourrissons vivant dans des conditions institutionnelles (institutions pour mères célibataires). Selon cet auteur, l'hostilité, déguisée en anxiété manifeste chez la mère, serait

à l'origine de la réponse cutanée pathologique d'un nourrisson présentant toutefois une « prédisposition congénitale ».

La guérison dans le courant de la seconde année s'expliquerait, comme dans le cas d'autres manifestations psychosomatiques, par les nouveaux investissements rendus possible par le développement de l'enfant ; dans le cas de l'eczéma, l'acquisition de la marche rend le nourrisson moins dépendant du contact du contacte maternel.(Kreislner L, 1976)

#### **4-4-coliques des trois premiers mois :**

Il est courant pour le pédiatre de recevoir un bébé de quelques semaine, beau, vigoureux, poussant comme un champignon, mais qui met à rude épreuve les nerfs de sa mère et de toute la famille en hurlant chaque jour pendant des heures.

Tout a débuté au retour de la clinique d'accouchement ou presque, quand il est entré en contact avec sa mère et l'ambiance familiale. Les cris surviennent après les repas, surtout dans la deuxième partie de la journée et le langage populaire dit qu'il « digère en coliques ». Peu de temps après le repas il commence à s'agiter, se contorsionne et se met à hurler, souvent jusqu'au repas suivant, avec des accalmies et des reprises qui indiquent les paroxysmes de la souffrance abdominale. L'examen montre une distension gazeuse de l'abdomen que la radiologie peut localiser au gros intestin (aérocolie). Il n'existe aucune anomalie organique. A moins que l'on intervienne, les jours et les semaines se passent et l'entourage est littéralement à bout quand, vers l'âge de 2 à 3 mois, tout rentre dans l'ordre spontanément de façon presque soudaine. A ce profil clinique il faut ajouter qu'il est deux moyens pour le retour à un calme passager, lui donner une sucette ou le bercer. Une confusion du malaise avec la faim ou une dyspepsie conduit certaines mères à multiplier inconsidérément le nombre des repas ou à des changements de régime dans

une valse des laits, qui aggrave les choses. D'autres en arrivent à le rouler dans sa voiture de longues heures épuisantes dans la rue, parfois jusque dans la nuit.

Ces nouveau-nés frappent souvent par la vivacité, l'attentivité, la facilité et l'intensité des réactions aux stimulations et paraissent dotés de grands besoins instinctuels, ce qui suggère une prédisposition constitutionnelle. Nous le retrouvons d'ailleurs chez les bébés insomniaques et chez les vomisseurs.

Un autre point remarquable est l'électivité au partenaire. Si, pour une raison ou une autre, l'enfant est confié à une tierce personne, tout s'arrête, quitte à reprendre dès le retour au foyer.

R. Spitz décrit chez les mères un comportement de sollicitude excessive dans une anxiété fortement imprégnée de composante agressive. Mais il est des personnalités très diverses, impatientes, irrégulières d'humeur, voire incohérentes dans leur comportement. Parfois il s'agit plus simplement d'un climat bruyant et agité, avec trop de personnes autour de l'enfant, ou encore du bébé passé de mains en mains entre la grand-mère ou les sœurs, et qui se le disputent. La conséquence assez univoque est d'entraîner des sollicitations trop fortes, trop nombreuses, surtout contradictoires qui gênent l'enfant et nuisent à sa quiétude.

Ce trouble ultra-précoce démontre l'aptitude d'un très jeune enfant à répondre par un malaise physique à des circonstances anormales d'environnement : la brouillade des systèmes de communication dans la relation primitive entre la mère et l'enfant. En ce sens cette affection bénigne ne mérite pas le dédain elle est parfois l'objet.

L'action psychothérapique sur le milieu est l'essentiel du traitement. La patience à écouter la mère peut l'aider à prendre conscience de ses difficultés, la libérer de son angoisse, remédier aux conditions ambiantes fâcheuses. La

rapidité de cette action est parfois surprenante. Elle est importante non seulement pour le retour ou calme mais pour la prophylaxie de dérèglements ultérieurs.

## **5-La classification des troubles du nourrisson :**

Il existe dans le nourrisson, entre les faits d'ordre somatique et psychique, d'innombrables relations trop souvent confondues dans les écrits pédiatriques sous la rubrique de la psychosomatique. Il importe de les situer clairement, quitte à corriger dans la réalité clinique des distinctions parfois difficiles en raison de l'intrication des facteurs en cause.

### **5-1-les troubles psychique a une altération organique :**

La pathologie lésionnelle cérébrale concerne un domaine qui, par son ampleur et sa gravité, la diversité des étiologies en cause (congénitale, héréditaire au traumatique, vasculaire, tumorale, endocriniennes, dysmétaboliques ...), engage des conséquences et des recherches multiples.

Bornons nous à remarquer que ces incidences psychiques ne se réduisent pas à des causes uniquement lésionnelles. Par le jeu de processus dynamiques se produisent souvent de nouvelles organisations mentales qui ont un potentiel évolutif propre. Ainsi, l'infirmité motrice cérébrale entraîne des répercussions psychologiques par un processus de réverbération entre le bébé et milieu.

### **5-2-les troubles à l'expression motrice :**

Preennent place dans de nombreux états pathologiques de nourrisson sous la forme d'activités motrices anormales (tableaux).

Tableau N°1 : Trouble à expression motrice

**-Anomalies globales :** Instabilité Hypercinésie. Agitation.

Hypoactivité. Inertie.

Activités stéréotypées. Tics.

**-Organisations motrices anormales :**

Activités en charge autoérotique et auto-agressive.

Habitudes nerveuses :

succions compulsives ; masturbation ;

automutilation (coups, morsures, arrachement des cheveux).

Activités rythmiques.

Balancement du corps.

Mouvements céphalogyres.

**-Syndrome psychomoteurs :**

*Retards. Débilité motrice. Dyspraxies.*

*Etats tensionnels. Anomalies.*

*Anomalies toniques : Hypotonie, paratonie, catatonie.*

Ils posent la question des structures psychiques sous-jacentes à l'expression motrice. Les uns leur accordent une valeur symbolique, les autres la nient et insistent au contraire sur les défauts de l'élaboration mentale. Il existe en fait une pluralité significative. Ainsi S. Lebovici oppose deux variétés de tics, les uns contenus dans une structure proche de l'organisation obsessionnelle, les autres apparentés à la structure psychosomatique.

Le trouble à expression motrice, forme l'expression corporelle originale qui mériterait beaucoup d'approfondissements, est à mettre à l'écart de psychosomatique. (Kreisler L, 1976)

**5-3-les troubles à expression somatique :**

Sont principalement l'hystérie de conversion, la stimulation, la mythomanie, les faux problèmes somatiques, les maladies psychosomatiques. Cette distinction se justifie par les différences touchant la compréhension psychologique des perturbations, la nature de l'expression psychique, le but et le sens de l'examen médical, le traitement.

**5-4-les trouble à expression nerveuse :**

**-Insomnie du premier du premier âge :** l'insomnie du jeune bébé débute non pas au tout début comme la colique du premier trimestre, mais vers 2-3 mois, phase du premier sourire, du premier éveil intellectuel et affectif, période vulnérable où l'enfant est souvent nerveux, irritable, criard, ce qui susciter de la part de sa mère des réactions d'impatience.

Le sommeil du nourrisson est superficiel, léger, facilement dérangé par le bruit, compromis par l'agitation, l'excitation, l'irrégularité, la méconnaissance des besoins individuels en sommeil et en nourriture : suppression prématurée du repas de nuit, administration du biberon au moment où l'enfant a besoin non de nourriture mais de sommeil, insuffisance du temps de succion. Au cours des premiers mois, le cycle veille-sommeil est intimement lié aux besoins. Le réveil est provoqué par la faim, l'endormissement par la satiété et la satisfaction orale. Le défaut peut résider dans des déficiences de l'élevage ou déjà dans un malaise de la relation avec une mère phobique ou impatiente ou déprimée. Anxieuse, elle accourt nuit et jour au berceau ; nerveuse elle manipule l'enfant avec brusquerie, peu instinctive ses réponses sont inadéquates. Au stade archaïque, dit M. Fain, la fonction de gardien du sommeil, plus tard dévolue au rêve, est assurée par la mère. Le sommeil est symbole ou peut-être par la mère. Le sommeil est symbole ou peut-être même équivalent de la fusion primaire dans la quiétude narcissique. Ce que

nous voyons dans certaines insomnies précoces sévères traduit à l'évidence un bouleversement de l'univers symbiotique ou, vis-à-vis des besoins organiques et libidinaux, la mère a des réponses marquées par l'inadéquation, la contradiction, la surcharge.

Le sommeil du nourrisson est moins fragile dans le second semestre, période électorale des troubles alimentaires.

### **-Spasmes du sanglot :**

C'est une crise qui est la plus fréquente des crises nerveuses de la petite enfance et qui n'a rien à voir ni avec l'épilepsie, ni avec la spasmophilie. Il évolue surtout au cours de la deuxième année, période déjà évaluée à propos de l'insomnie, et marquée par le contraste entre le grand besoin de dépendance de la mère et l'intensité de la pulsion d'emprise, dans la poussée vers l'autonomie. Il existe souvent dans les antécédents une insomnie des premiers mois. Elles revêtent deux aspects : la forme bleue cyanotique, qui est la plus fréquente, touche des enfants actifs qui réagissent volontiers selon la modalité du comportement. et la forme pâle, les enfants sont passifs, inhibés, impressionnables, impressionnables, affectionnant des activités tranquilles. Leur motilité est mesurée, peu impulsive. L'affect qui a provoqué la crise est souvent d'une qualité différente de celui de la forme bleue. Il s'agit d'une irruption émotionnelle de totalité douloureuse, anxieuse, toujours à fois déplaisante et subite ; le prétexte déclenchant qui suscite la douleur ou la peur provoque moins la colère que des sanglots de désolation, vite interrompus par le spasme. (Kreiser L, 1976).

## **6-L'interrelation est le processus psychosomatique ou la personnalisation :**

### **a)la personnalisation :**

La personnalisation c'est tout qui concerne le « Handling » c'est-à-dire la technique des soins corporels ainsi que l'expérience instinctuelle et les expériences paisibles répétées qui établissent par degrés le sentiment que l'on a de sa personne dans corps. Winnicott décrit le processus de personnalisation à travers le développement de la vie instinctuelle en se

### **B) l'esprit et l'association psyché-soma**

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

A la phase de dépendance absolue, l'enfant jouit de l'expérience de l'illusion qu'il a créé l'objet désiré, cet objet désiré est un fantasme qui a sa correspondance dans le corps et qui apparait dès le départ.

Comme M. Klein, Winnicott estime que le fantasme et le fonctionnement mental existent dès le départ, c'est l'illusion du control omnipotent qui est l'élément fondamental dans la maturation du fonctionnement mental, elle est à l'origine de l'activité de penser.

Entre six mois et deux ans, grâce à la quantité suffisant d'illusion qui a été vécu, le nourrisson peut alors utiliser les objets extérieurs pour fantasme, en

hallucinant la réalisation de son besoin par l'intermédiaire d'une activité auto-érotique quelconque.

Comme l'avait déjà décrit Freud dans la description du passage du principe de plaisir au principe de réalité dans formations concernant les deux principes du fonctionnement mental .ainsi au stade de la dépendance relative, l'activité mental de l'enfant permet de pallier les déficiences de sa mère en transformant un manque relatif d'adaptation réussie. Et a ce stade les frustrations brèves sont donc nécessaire car elles stimulent le développement du fonctionnement mental venant en partie remplacer la bonne mère.

A un an les phénomènes intellectuelle commencent à apparaître, ils permettent à la mère de reprendre petit à petit sa vie à elle, tandis que l'enfant évolue progressivement vers l'indépendance. (Glose B, 2005).

### **7-Les processus psychosomatique et ses perturbations :**

Il existe chez l'enfant des modes d'organisation et de désorganisation différente suivant l'étape de son évolution, la fragilité et la plasticité de sa constitution fait qu'on est très facilement introduit dans le domaine d'une psychogenèse dans les sphères psychologiques et psychopathologiques. Il apparaît alors essentiel de dégager dans ces modes d'organisation et de désorganisation la nature et le rôle de processus amenant dans certaines conditions à un trouble de l'intégration psychosomatique, les facteurs congénitaux se situeraient à ce niveau, en particulier les facteurs congénitaux de situeraient à ce niveau, les capacités de résistance à l'agression et les modalités thymique de réaction à l'excitation ou a l'inhibition. (Michel B, 1985).

le rôle des stimulations répétitives dans premiers années de l'enfance a été particulièrement mis en évidence, on a insisté sur la nature des communications et de système de signalisation chez le nourrisson, sur les

mécanismes de conditionnement et aussi sur le rôle intégratif des affects et des émotions susceptibles d'intervenir dans la genèse du trouble. et a réaction somatique à l'émotion, de trouble de la composante psychologie de l'émotion, et de la résonance afflictive du climat émotionnel.

Le rôle des pulsions apparaît également un élément essentiel à considérer les expressions des pulsions viennent directement concerner la dynamique corporelle évoluant elle-même en fonction des capacités défense. On a effet toujours considère en psychosomatique la capacité d'un mouvement pulsionnel à organiser à travers un organe un vécu émotionnel, il serait alors intéressant d'étudier certaine modalité de ces réactions :

-conflit pulsionnel.

-Modalités du narcissisme.

-qualité des mécanismes de défense.

-orientation de dynamique conflictuelle nous amenant au problème de mentalisation.

les processus d'indentification sont également à considérer et renvoient dans un premier temps au concept de l'autre comme objet distinct et réalité perçu, nous rentrons ainsi dans le domaine des relations parental et tout particulière des relations mère-enfant dont les aménagements apparaissent effectivement un facteur prépondérant à partir de la relation intraconjugale, il importe notamment d'approfondir la qualité de l'unification par l'incorporation de l'objet selon une notion spécifique, et relations les variation des conflits apparaissent prépondérantes pour comprendre le mouvement de l'angoisse vers une éventuelle somatisation. . (Michel B, 1985)

## **8-L'attachement dans une évolution psychopathologie de nourrisson :**

Dans les cas négligence ou de maltraitance, les comportements d'attachement de jeune enfant sont sérieusement perturbés et donnent lieu à des troubles de l'attachement grave qui s'apparentent à des troubles relevant de la psychopathologie. (Zeanah et al, 1993)

**J. Bowlby** «voulait comprendre pourquoi la séparation d'un jeune de ceux qui l'élevaient entraient une telle détresse ».

Le nourrisson qui naît avec un besoin d'attachement aussi primitif que le besoin de nourriture, en interaction avec le milieu, des séquences de comportement s'organisent en un système de régulations qui tendent à maintenir l'enfant à proximité de sa mère. Ce lien constitué par des renforcements positifs tout au long de la première année de la vie.

Grace aux observations qu'il a menées sur les effets de la séparation, Bowlby a retrouvé ainsi trois phases : de protestation, de désespoir et de détachement. On les décrit comme tel :

La phase de protestation : on est devant un enfant qui pleure, se jette par terre par terre et est à l'écoute des indices annonciateurs de la mère cela renvoie à un enfant qui cherche à retrouver sa figure maternelle.

La phase désespoir : le nourrisson pleure de manière monotone et

La phase de détachement : on est à un nourrisson qui ne réagit plus à l'environnement il se centre sur lui et démontre une stabilité superficielle cela renvoie à la perte du sens du maternage et du contact humain. (Gloesche B, 2002).

En 1938 Spitz, comparé des nourrissons dans les prisons avec des enfants en institutions et décrits la dépression anaclitique et hospitalisme.

**8-1-la dépression anaclitique :**

La dépression anaclitique est une forme de dépression grave mise en évidence par Spitz (1887-1947, et qui montre l'importance des échanges relationnels dans le développement de nourrisson.

Le bébé est dépendant de la personne qui s'occupe de lui, et la séparation d'avec cette personne privilégiée va déclencher la dépression anaclitique.

Spitz a étudié 123 bébé ayant subi de carence affective partielle, c'est-à-dire une séparation précoce mère-enfant non suivie de soins substitutifs adaptés, dans une pouponnière carcérale pour jeunes délinquantes. Puis il a décrit les symptômes présentés par ces bébés et leur aggravation au fil du temps.

Au bout du premier mois, les bébés refusent le contact. Ils restent couchés à plat ventre dans leur berceau. L'enfant continue à perdre du poids, il dort moins et sa courbe de développement à décroître. Il est fragile physiologiquement et contracte souvent des maladies infectieuses.

Le traitement de ces troubles est le retour de la mère ou d'un substitut équivalent. Le comportement du nourrisson s'améliore rapidement à condition que la durée de la séparation ne dépasse pas trois à cinq mois. Si la durée est de trois à cinq mois les retards psychomoteur et langagier s'installent, et les troubles se chronicisent. (Maury M, 2008).

**8-2-l'hospitalisme :**

La séparation d'avec les parents peut également survenir à cause d'une maladie qui affecte le nourrisson.

Dès les années 1960, J. Bowlby a ainsi observé les affects négatifs de l'hospitalisation sur l'enfant et a noté que des bébés hospitalisés âgés entre six mois et trois ans passent par trois stades d'angoisse liée à la séparation. Les bébés réagissent d'abord par la protestation. Ils pleurent, se débattent et

communiquent leur besoin de retrouver le contact avec le parent. Dans un deuxième temps, les bébés deviennent plus calmes, non pas parce qu'ils s'habituent à cette situation, mais parce que ces premières réactions n'ont pas donné de résultats fructueux. En fait, ils deviennent plus passifs. La troisième phase est quant à elle caractérisée par le détachement. Le bébé reprend ses habitudes, il mange, s'amuse avec ses jouets, sourit et se montre sociable toutefois, lorsque le bébé reçoit la visite de sa mère, on peut voir qu'il n'est pas tout à fait rétabli, il reste apathique et peut même se détourner, ce qui suggère que les mécanismes de l'attachement sont perturbés, du moins momentanément. (Diane E. Papalia et Ruth D. Feldman, 2004).

Quand la séparation mère-bébé se prolonge on observe une évolution vers un état de marasme physique et psychique, que Spitz appelle « hospitalisme » (carence affective totale) la mort survient alors chez plus d'un tiers des enfants en orphelinat ou en institution. (Rousseau D, Duverger P, 2011).

Spitz a observé l'hospitalisme dans un hospice pour enfants abandonnées, dans lequel il y avait une seule nourrice pour huit à douze bébés. Le besoin corporels y étaient satisfaits. Les nourrices partagent les tâches, une préparait les biberons, l'autre changeait les bébés, l'autre lavait..., mais les soins étaient anonymes, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas de référence, et de ce fait aucun lien affectif ne pouvait s'établir. Et de ce fait aucun lien affectif ne pouvait s'établir. Ces bébés n'arrivent pas à se développer normalement :

- Leur croissance physique est ralentie.
- Le niveau intellectuel décroît.
- Le langage reste rudimentaire.
- Les troubles caractériels s'installent.
- La résistance aux maladies diminue. (Sillamy N, 2003).

**Conclusion :**

Comme disait Winnicott « le bébé seul n'existe pas », donc pour réaliser un développement psychosomatique infantile harmonieux et normal, le nourrisson est dans le besoin d'être pris en charge, élevé dans une atmosphère chaleureuse et être uni à sa mère ou à la personne faisant fonction de la mère ou à la personne faisant fonction de la mère par un lien affectif intime et constant.

Ainsi l'absence des soins maternels, comme l'abandon des nourrissons au milieu intentionnel peut provoquer aux nourrissons des maladies psychosomatiques.

## Préambule

Dans ce chapitre on va aborder les différents points qui concernent le phénomène d'abandon en général, et le nourrisson abandonné en particulier ainsi que les causes et les conséquences de l'abandon des nourrissons.

### 1-Historique de l'abandonnisme :

Si de nombreux auteurs anglo-saxons se sont penchés sur les conséquences des carences de l'environnement affectif du jeune enfant, il n'existe peu d'ouvrages spécialisés sur la question de l'abandon et sur ses conséquences cliniques.

Des auteurs comme R. Spitz, (*de la naissance à la parole*, 1968. J. Bowlby, *soins maternels et santé mentale*, 1951), ou Mme J. Boutonnier (*cahiers de psychiatrie Strasbourg*, 1952) ont étudié les répercussions graves, sur le développement psychique de l'enfant des séparations trop précoces et des placements en institution d'enfants privés de leur famille.

J. Boutonnier constate chez ce type de sujets abandonnés une torpeur affective qui concerne ceux qui les approchent. Elle note : « les abandonnées, quand ils sortent de leur indifférence, sont souvent en proie à l'anxiété et à la jalousie, sans pouvoir se libérer d'une crainte très vive de perdre ce qu'ils ont enfin trouvé. Ils oscillent entre des comportements qui évoqueraient la dépression mélancolique légère, ou la revendication paranoïaque ». Selon ce manuel, tout ce qui portera atteinte à la structure familiale (décès, abandon, séparation, naissance d'un puîné, remariage, difficultés matérielles trop importantes du milieu sociale, etc.) peut déclencher des troubles névrotiques ou caractériels, souvent accompagnés d'accidents somatiques (tics, bégaiements, énurésie, anorexie mentale). Le Manuel signale en outre que le test projectif du C.A.T. de Bellak et l'étude du dessin de famille peuvent éclairer le diagnostic. Mais ce sont les psychanalystes suisses (Charles Odier, Germaine Guex et Danie

Lagache) qui ont introduit les termes de névrose d'abandon et d'abandonnique pour décrire un tableau clinique où prédominent l'angoisse d'abandon, le besoin excessif d'amour, accompagnés de comportement caractériels, d'agressivité, de masochisme, de sentiment de non-valeur. Il s'agit d'une névrose pré œdipienne, qui ne serait pas obligatoirement provoquée par un abandon réel ou des modifications traumatisantes de la cellule familiale subie Germaine Guex à propos du syndrome d'abandon sont très proches de ceux que présentent les enfants « abandonnés » Par ailleurs, dans un travail basé sur trente et une observations, Levi-Bianchini a décrit, sous le nom de névrose anagapique, une affection assez semblable à la névrose d'abandon et consécutive soit à des traumatismes psychiques dans l'enfance (mauvais traitements psychiques ou moraux), soit à des attachements excessifs aux parents ou à leur substituts, ayant pour conséquence toute une série de réactions névrotiques pouvant aller jusqu'à la criminalité, **Winnicott** s'est de son côté montré sensible à l'aspect spécifique des troubles affectant l'enfant ou l'adolescent prédélinquant qu'il qualifie d'antisociale, et dont les carences affectives ne sont pas posées d'emblée, puisqu'il postule une expérience orale heureuse avec la mère, brusquement interrompue. Les symptômes de ces enfants sont l'énurésie, le vol, le désordre, le vandalisme, la boulimie, la sortie compulsive pour emplettes, la fugue, le vagabondage. Mais il ne pose pas leur problématique en termes d'abandonisme. L'ambiguïté de la question concernant les abandonniques tourne autour d'une hésitation entre le caractère fantasmatique des plaintes communes à tous les névrosés concernant le manque d'amour et l'impact des traumatismes ayant précocement affecté dans le réel la vie de certains enfants, dont la symptomatologie déconcertante interroge aujourd'hui un certain nombre de thérapeutes et de travailleurs sociaux .(Gaspari-Carrière F ,2001).

## **2-Définitions de nourrisson abandonné.**

### **2-1- Définition de l'abandon :**

**2-1-1- selon le dictionnaire infirmier de psychiatrie :** absence, disparition ou rupture d'un lien de soutien considéré comme essentiel.les répercutions de soutien de ce traumatisme varient en fonction des circonstances, de la structure de la personnalité de l'âge de sujet.

le sentiment d'abandon éprouvé par certains sujet est souvent constitué par une conviction ou une crainte irrationnelle d'être abandonné disproportionnées par rapport à la situation réel .une situation vécu comme un abandon peut réactiver des expériences antérieures archaïque liées à la relation parent - enfant .

**2-1-2- -Selon le grand dictionnaire psychologique :** sentiment et état psycho actif d'insécurité permanent, liés à la crainte irrationnelle d'être abandonné par ces parents ou ses proches, sans rapport avec une situation réel d'abandon. (Bloche H, 2011)

**2-1-3- Selon Le dictionnaire de la psychanalyse :** définit l'abandon comme suit : « Action de délaisser un être, de ne plus s'en détourner. Tout situation qui distend ou rompt des liens affectifs peut être vécus comme un abandon. Par exemple, le placement en pension d'un écolier difficile suscite, habituellement, chez celui-ci l'impression d'être laisser sans soutien dans un milieu hostile, voire dangereux. Chez l'adulte aussi la désapprobation par une personne chère, la rupture ou le retrait d'amour, l'éloignement ou le décès d'un proche, parent sont susceptibles d'être vécus comme autant d'abandons. Le sujet peut réagir par l'accablement ou l'agressivité, l'événement présent joue un rôle de révélateur ; ayant réactivé des expériences infantiles pénibles. Il fait apparaitre la structure psychique latente et peut engendrer des conduites névrotiques »

(Sillamy N, 2003)

**2-1-4- l'Abandon chez le nourrisson** ;sur le plan clinique, **Spitz et Bowlby** ont décrit les répercussions grave des situation de carence affective précoce (hospitalisme ,abandonisme ,dépression anaclitique ).les réaction à un abandon réel (deuil ,séparation ou supposé tel peuvent se traduire par un désarroi profond ,des conduites caractériel est les manifestes ,une opposition ,des conduites de régression transitoire (par exemple ,énurésie lors de la naissance d'un puiné ),voir ,si le traumatisme suffisamment grave ,s'inscrire dans une pathologie particulière (névrose infantile).

Les termes névrose d'abandon ou syndrome d'abandon et abandonnique se réfèrent aux travaux de C.Odier et G.Guex .il décrivent un état d'insécurité affective fondamentale de nature préœdipienne,lié à la crainte motive ou non d'être abandonné ,qui se traduit par une angoisse ,une agressivité réactionnelle et un sentiment de dévalorisation .cet état serait lié à une attitude affective de la mère ,ressentie comme un refus d'amour .Le terme abandonnique s'applique à ses enfants réellement abandonnée. (Digonnet E,2005).

### **3-Statistique sur le nourrisson abandonnée :**

Les dernières statistiques, fournies par le ministère de la Solidarité nationale, de l'Emploi et de la Communauté algérienne établie à l'étranger disent qu'environ 3 000 bébés naissent, chaque année, en dehors des liens du mariage. Il n'est pas établi, néanmoins, si le chiffre incluait les enfants qui voient le jour avant que l'enregistrement du mariage de leurs parents à l'état civil ne date d'au-moins 6 mois. L'inscription de l'enfant au livret de famille est alors refusée, le considérant comme illégitime. Plusieurs femmes, mariées uniquement par « la Fatiha », sont également considérées comme des mères célibataires si le mari ne reconnaît pas sa paternité pour une raison ou une autre. Au-delà, l'âge moyen des filles mères tourne autour de 18 ans. Il a également annoncé que la moyenne d'âge des mères célibataires est de 18 ans. Elles se réfugient essentiellement dans les centres spécialisés de « DiarErrahma » ou les locaux de SOS femmes en détresse. De nombreuses pouponnières, ouvertes dans l'ensemble des

wilayas, accueillent les enfants abandonnés âgés de 0 à 6 ans. Accueil A LA UNE « Enquête » Plus De 3 000 Bébés Abandonnés Chaque Année, Par Rédaction nationale.(www.liberte-algerie.com).

#### **4-L'abandon en Algérie :**

Depuis l'indépendance algérienne, la question des naissances hors mariage a été souvent articulée à des passerelles institutionnelles, familiales et spirituelles, instables ou incohérentes. Ainsi, les chiffres officiels sont estimés à 3000 enfants nés sous x par an, les associations annoncent 4200 par an Le taux le plus élevé est enregistré dans la wilaya d'Oran d'après les chiffres officiels données par les services de la direction de l'action social est estimé à 150 enfant abandonnés chaque année, 400 nourrissons issues de mariage hors normes durant les 10 mois en cours, 90 bébés abandonnés à l'espace de 10 mois.. La législation en matière de prise en charge des enfants privés de famille a beaucoup progressé durant les trois dernières années. Ces enfants sont pris en charge dans des institutions appelé « foyers pour enfants assistés » (FEA). Ces foyers ont augmenté en nombre, des progrès ont été enregistrés ici et là car le nombre d'institution d'accueil est passé ou quatre durant les années soixante a 14 en 1980 et 35 en 2006(dont 22 pouponnières pour moins de 6 ans et 13 foyers pour les enfants âgés de 6ans à 19 ans). Enfin, l'absence de prévention risque d'amplifier d'avantage le phénomène d'abandon qui doit être traité dans un cadre globale de toutes les formes d'inégalité des chances entre les hommes et les femmes pour réduire les cas des mères célibataires..(Service de la direction de l'action sociale, 2009)

#### **5-Origine psycho-sociales :**

Des enfants abandonnés aux porches des églises et recueilli par des religieux, des le moyen âge, aux cas sociaux,nés de parents indignes ou infidèles qui remplissent nos institutions, l'enfant mal aimé, mal né, mal traité,pose un problème à la société pour sa prise en charge, son adoption,son placement et son

insertion future dans le monde du travail. Qu'il se retrouvent en centre psychothérapique à la suite d'une décision du juge, dans le cas où leurs géniteurs sont destitués de leurs droits parentaux, ou à cause d'une orientation psychiatrique et médicale, ces enfants se rejoignent dans les mêmes difficultés, les mêmes troubles psychoaffectifs, avec presque toujours à l'origine une démission du couple parental, dans un contexte socioculturelle généralement leur familiale est marquée le plus souvent par l'absence ou l'indifférence du père et l'extrême insuffisance de la mère, qui ont nécessité l'intervention des services sociaux soit passagèrement soit définitivement. (Gaspari-Carrère F, 2001).

### **6-La symptomatologie abandonnique :**

L'enfant abandonnique paraît souvent négligé, triste à la fois distant et hyper affectueux, instable, affectueux et volage, un échec scolaire parfois massif, et souffre de trouble du comportement, accompagnés de troubles somatiques. Caractériel, social, parfois d'une timidité et d'une discrétion inquiétantes, il est souvent énurétique et encoprétique, désordonné, brouillon, discours, énigmatiques. Selon «Germaine Guex», la névrose d'abandon devrait être rapportée à une perturbation du moi et que l'abandonnique est resté en de ça de l'œdipe. Elle décrit deux types d'individus. (Gaspari-Carrière F, 2001).

### **7-Les souffrances des nourrissons abandonnées sur le plan étiologique.**

Parmi les mammifères supérieurs, c'est le petit être humain qui présente le plus grand décalage entre sa naissance biologique et son éclosion psychique. S'il reçoit, avant même de naître, un flot de sensations inscrivant déjà des engrammes qui deviendront des souvenirs, puis des représentations, si sa manière d'être entraîne déjà des réactions particulières de son environnement dès le début de son existence, s'il a été rêvé et donc généré en tant qu'image avant

même de naître, il est tout en confusion et fusion lorsqu'il surgit à la vie et va devoir entamer un long processus de séparation et d'individuation. Par séparation, on signifie qu'il doit se reconnaître comme un être distinct de l'autre et par individuation, on veut dire qu'il lui faut développer peu à peu des caractéristiques propres qui en feront un sujet singulier au milieu d'autres sujets eux-mêmes marqués par le sceau de l'individualité. (Ait saada Bouaziz M)

### **8-Les manifestations et les évolutions possibles sur le plan symptomatique des nourrissons abandonnés :**

Tout petits, les enfants abandonnés présentent déjà une symptomatologie inquiétante. Ils oscillent entre des périodes de retrait avec des comportements auto-érotiques, tels que balancements interminables ou gestes répétitifs, et des phases d'appel où les pleurs, les recherches de fusion, puis les fuites du regard, révèlent un enfant tout en malaise dans ses interactions avec l'entourage. Des caprices alimentaires, des troubles du sommeil, un état d'agitation motrice percutent un milieu familial déjà bien peu apte à soutenir les étapes du développement. Retard du langage et des activités ludiques, absence d'harmonie dans les acquisitions gestuelles, inégalités de l'humeur, périodes inexplicables de détresse traduisent un état global de souffrance qui, s'il n'est pas repéré et modifié, annonce le tableau futur du syndrome carenciel. (Lemay M,1980).

### **9-La dépendance du nourrisson**

« Alors qu'un certain nombre de mammifère marche des leur naissance, il faudra plus d'un an pour que le nourrisson acquière la locomotion .les faits ne sauraient surprendre car ils correspondent à l'inachèvement du système nerveux qui chez l'être humain persiste longtemps après sa naissance.

Pour wallon (h) «parti avec le nourrisson d'un stade à peine supérieur du parasitisme, il tend vers un niveau au regard duquel des espèces est à peine un commencement ».

Aux premiers jours, le nouveau né présente quelques troubles d'installation, ainsi qu'en témoignent la chute de poids, parfois ses oscillations, les régurgitations, l'agitation ou un assouplissement excessif. Pour A. Gesell, cette phase de transition ou période néonatale est d'un intérêt particulier après avoir insisté sur les nombreuses perturbations physiologiques, biochimiques. Il décrit l'attitude du nouveau-né, le plus souvent fœtale, son activité initiale variable, son agitation, ses tressaillements, ou à l'inverse sa somnolence, ses frissonnements, ses hoquets, ses régurgitations, les systagmus, le strabisme, l'attirance de l'hyper et de l'hypotonie etc...

Le nouveau-né ne fait sans faire de distinction entre le jour et la nuit, de 7 à 8 périodes de sommeil dans les 24 heures. Il confirme que le nouveau-né ne dort pas constamment (Ait Saada Bouaziz M).

## **10- L'abandon dans les classifications :**

### **10-1- L'abandon selon la CIM 10 :**

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

5.0 : éducation en institution. Le point 9 : « Événement/ situation stressantes »

9.0 : Education en institution. (CIM 10, 2012).

### **10-2- L'abandon dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA).**

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent s'appuie sur une réflexion psychopathologique inspirée de la Psychanalyse. Cette classification fait référence à la thématique de l'abandon dans l'axe 2 appelé : facteurs associés ou antérieures éventuellement

Étiologiques, notamment dans le point 25 ; contexte socio familiale particulier, le point 24.6 : abandon parental et le point 21.2 ; troubles mentaux ou perturbation psychologique avérées.(CFTMEA, 2012).

## **11- Les travaux algériens concernant les conséquences des milieux institutionnels sur le développement de l'enfant abandonnée :**

### **11-1- Les Travaux de Yaker :**

La condition des enfants était la suivante : « couchés au fond d'un plafond berceau en toile,les biberons leur étaient systématiquement administrés » souvent jusqu'à l'âge de 20mois,ils passaient toute la journée sans jamais avoir le moindre jouet, dans cet univers très limité.les possibilités motrices y étaient très restreintes avec un champ visuel étroit n'offrant que des couleurs ternes et les afférences auditives sans aucune signification.

Cet univers était subi passivement sans aucune emprise sensorimotrice valable, et n'offrait pratiquement aucune possibilité d'ébauche d'une relation objectale réellement structurante .cette description met bien en exergue le manque de stimulation sensorielle et motrice de l'enfant. Ainsi que l'inexistence d'une maternage adéquat vis-à-vis de l'enfant ». *Présentation de la recherche* :le groupe de 24 enfants étudiés en mars 1972(transféré dans une nouvelle pouponnière . à été constitué sur la base de critères suivantes :

- Enfants normaux à la Naissance notamment Sur Le plan Neurologique.
- Durée Du séjour antérieur en maternité au moins de 9mois.
- Carence totale de *soins* maternels : au moins pendant des 8 premiers mois de leur vie.(Ait Saada Bouaziz M).

### **11-2- Travaux de Merrad :**

L'objet de ce travail est de dresser le profil d'enfants actuellement admis à cité départementale de l'enfance à Oran il s'inscrit comme une appréciation assez tardive du développement d'enfants élevés depuis leur naissance en milieu institutionnel, mais cette Foix-ci dans une autre grand ville d'Algérie, Oran.Cette étude porte sur un profil psychologique de 10 enfants abandonnés. Les 10 enfants

ont tous subi une carence de soins maternels initiale grave, durable, ils ont été élevés à la pouponnière d'Oran, puis transférés à la cité de l'enfance vers l'âge de 5 ans. Ces enfants ont vu leur problème se compliquer de nouvelles incidences, liées à l'institution accueillante.

De ce fait, l'évolution a confirmé et parfois accentué leurs troubles initiaux.

**Cadre d'étude :** l'objet de ce travail est de dresser le profil d'enfants actuellement admis à la cité départementale de l'enfance à Oran. il s'inscrit comme une appréciation assez tardive du développement d'enfants élevés (Ait saada Bouaziz M).

### **12-Les types de placement d'enfants abandonnées dans l'institution :**

La décision de placement est souvent prise par les parents. Les enfants sont également placés par décision du juge ou par l'Entraide Nationale ou par les autorités locales.

#### **Il existe trois types de placements :**

##### **12-1-Cas d'abandon provisoire :**

La maman signe l'abandon provisoire, dans ce genre de cas la loi stipule que l'enfant doit rester dans cette institution trois mois, délais de réflexion que la loi accorde à la maman afin de prendre sa décision suivant l'instruction n° 495 du 24 mai 1988, émanant du Ministère de travail et des affaires sociales. Une fois ce Chapitre les enfants abandonnés délais épuisé une prolongation d'un mois sur demande de la mère est accordée en plus d'un autre mois, après cinq mois le dossier de l'enfant est transféré aux mains du juge des mineurs à qui il incombe de régulariser la situation de l'enfant par une ordonnance de placement définitif au provisoire ; la maman de l'enfant émis de ce genre d'issue (placement provisoire), une demande de visite, qui sera fixée par les psychologues et cela dépend de leurs emplois de temps qui se limite à une heure, une fois par semaine. La visite se déroule en présence de la psychologue chargée du dossier. Si les conditions sociales de la mère sont améliorées et que par conséquent, elle

peut offrir une situation stable et sécurisante pour son enfant, c'est-à-dire qu'elle dispose d'un logement, d'une source financière. Le juge des mineures peut faire une ordonnance de main levée du placement l'autorisant ainsi à reprendre son enfant. (Si la maman qui a signé le procès-verbal d'abandon provisoire et par la suite, elle n ne s'est jamais manifestée son enfant sera placé en KAFALA (après l'épuisement des 3 mois et plus d'une journée). (Ait Saada Bouaziz M)

### **12-2-Cas d'abandon définitif :**

Comme dans le premier cas, la mère signe un procès-verbal d'abandon avec son empreinte et les références de sa carte d'identité nationale et sur lequel, il est obligatoirement apposé la signature du directeur de l'hôpital où l'accouchement a eu lieu. Dans cette situation, la loi autorise le placement immédiat de l'enfant dans une famille d'accueil dans de KAFALA. Au 30 mars 2011, la pouponnière de Bejaia a enregistré 08 cas d'abandon définitifs et 07cas provisoire. Si celle-ci ne dispose pas de carte d'identité, elle est admise sous le nom qu'elle déclare.

### **12-3-Placement cassie judiciaire :**

Dans cette catégorie on retrouve en plus des enfants abandonnées provisoirement dont les mamans ne les ont pas récupérés dans les délais. Chapitre II les enfants abandonnés. ( Ait Saida Bouaziz M ).

## **1 3- Les causes de l'abandon d'un enfant :**

Les principales causes attribuées à l'abandon, mettent l'accent sur la peur de la Famille restreinte et élargie. Parallèlement, sur la représentation du garçon en milieu d'accueil, se justifierait par des attitudes de mère qui abandonnent d'avantage les garçons au détriment des filles. Par ailleurs, l'ouverture médiatique, la moyenne d'âge du mariage qui dépasse 28 ans pour les filles et 33 ans pour les garçons, ce qui les pousse à chercher des relations hors mariage, car ils n'ont aucune perspective de pouvoir fonder une famille, problème du chômage, la pauvreté qui a poussé les jeunes filles à la prostitution. Par manque

d'informations, les mères célibataires, de crainte d'être reconnus et identifiées, au lieu de s'adresser au centre d'accueil des enfants ou aux pouponnières, préfèrent abandonner leur progéniture dans la rue..Par ailleurs, dans les médias l'inceste fait l'objet d'un traitement spécifique :certains articles iront jusqu'à établir un lien plus ou moins important entre l'inceste et l'abandon d'enfants, voir identifier un mode de relation. Les mères alcooliques et dépressives, instables, infantiles, débiles profondesou délinquantes, ayant offert à leur tour à l'enfant une prise en charge à éclipses,très insuffisante, faisant généralement appel à des tiers pour l'assumer. Il s'agit rarement de femmes ayant délibérément abandonné l'enfant sans laisser de traces. Comme on a aussi d'autres causes telles que ; la maladie ou l'handicap de l'unou des deux parents, l'exiguïté du logement, la violence familiale, l'éclatement dela famille, les difficultés financières, l'insuffisance de connaissances concernant leplanning familial, des restrictions pour avoir accès à l'avortement, l'enfantsouffrant d'une forme d'handicap et un manque de services et de ressources pour soutenir les parents ayant des enfants handicapés, comme par exemple : une prise en charge de l'enfant pendant les heures du travail, et sans oublier le manque de nourriture.(UNICEF, 2007).

#### **14-Le vécu de l'abandon :**

A travers les entrevus menées auprès des victimes, d'emblée se posera la Question d'impact de l'abandon sur les capacités de développement d'individus : Pour certains, l'on repérera la notion de trauma, avec une mémoire exigeante, qui produit et répète « inlassablement » de ce qui a fait trauma. Pour autres, l'on identifiera ce qui a rendu possible, « malgré tout », la construction de l'identité, avec des liens d'affect, avec une capacité de projection dans un avenir possible, avec ses différentes expressions, à des niveaux familial, relationnel, conjugal et professionnel.

Pour la plupart et à posteriori, il s'agira aussi, d'identifier la profonde blessure causée par l'abandon et d'évaluer l'existence de mécanismes de réparation : si la blessure persiste béante pour certaines, elle peut aussi être « colmatée », pour prendre place, à l'instar des circonstances de la normalité, à côté des autres manques d'humanité.). Il est difficile pour ces enfants abandonnés de croire en l'amour des personnes qui les entourent. Ils ont, en effet, une blessure affective, mal cicatrisée, qui provoque chez eux une crainte d'un nouvel abandon. Le sentiment d'insécurité se développe souvent chez ces enfants. Les récits souligneront l'impact génération de ce qui sera vécu comme une explosion dans la tête, dans le secret de l'abandon. Chez les garçons, la traduction de la déflagration se fera d'une manière bruyante, sonore, visible, à travers l'agir, le passage à l'acte violent, les actes de destruction massive de soi, de l'autre, la délinquance, la toxicomanie, l'alcoolisme....etc. Chez les filles, (choisies justement pour leur silence, contrairement aux représentations, un ressenti tout aussi violent, perturbé, qui puisera dans la soumission et la passivité féminines pour se manifester le plus souvent de manière inaudible, intérieure, adaptant généralement une tonalité dépressive, des conduites suicidaires, d'errance, de déviances, présentant le risque de découvrir des troubles psychiatriques, majeurs également. Chez les deux, un risque élevé, de reconduire l'échec, à des niveaux variés une histoire de rejet, d'exclusion et d'abandon. (UNICEF, 2010).

### **15-Les conséquences de l'abandon sur l'enfant :**

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

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

L'abandon de l'enfant est en contradiction avec le dogme de l'amour maternel et évoqué tous les mythes de la « mauvaise mère ». Il fait le lit de la « quête des origines » de l'enfant adapté et d'un questionnement souvent répété. Par conséquence, la marginalisation et la maltraitance de ces enfants par la société peut les pousser à devenir plus tard des délinquants, qui constitueraient à leur tour une menace pour la société. Les situations d'abandon, qu'elles soient vécues au sein du milieu familial ou en institution, sont responsables de Troubles graves de l'attachement qui évoluent dans le temps. En effet, les situations de part précocité de faible investissement perturbent gravement la compétence parentale des sujets qui souffrent, créant de véritables transmissions de carence de génération en génération. La carence de soins maternels indique un manque en apport émotionnel, affectif, social et cognitif, ce dernier a été appelé par J. de Ajuriaguerra « désafférentation sensorielle ». Ceci implique que l'enfant ne manque pas seulement d'affection, mais il manque de stimulations sensori-motrices, intellectuelles, sociales, ce qui bloque l'élan à l'interaction et empêche le développement des « compétences sociales » (sur lesquelles vont s'établir les acquisitions sociales et affectives, mais aussi scolaires. (Ait Saida Bouaziz M).

### **Conclusion**

L'abandon du nourrisson un phénomène très ancien qui connut un Développement important, on trouve que ces nourrissons abandonnés sont placés dans deux les institutions qui les prennent en charge et qui leur offrent des soins, mais le problème de l'enfance abandonnée se pose aussi en termes de conséquence et de signification symbolique.

**Préambule :**

Nous avons choisi étudier le développement psychosomatique chez les nourrissons abandonnés et placés dans un milieu institutionnelle et mettre lumière sur les profils somatique chez les nourrissons carencé affectivement. Dans ce chapitre on cadré notre recherche par une méthodologie bien précisé qui consisté en premier lieu, en la présentation de lieu de recherche, et en deuxième lieu la représentation de la population d'étude, la méthode clinique et les outils de recherche l'entretien et la grille d'observation.

**1. Limites de la recherche :**

- limite spéciale foyer pour enfants assistés à Bejaia.
- limité de temps : du 1 avril 2018 au 30 avril 2018.
- limite du groupe l'enquête est porté sur les nourrissons abandonnés.
- outil de recherche : la grille d'observation.

**2. Raisons du choix du thème :**

- l'intérêt de ce sujet est de consolider notre formation en psychopathologie et psychosomatique.
- peu de recherche en notre option qui portent son attention sur le profil somatique chez les nourrissons abandonnés.
- une catégorie des nourrissons qui est négligée dans notre société.
- c'est un sujet très sensible est délicat qui est tabou dans notre société.

**3. La présentation de lieu de recherche :**

Notre recherche s'est déroulée sur une population d'étude des nourrissons d'âge de (0 à 2ans), et de sexe différents, au niveau de foyer pour enfant

assisté à Bejaia, d'une période du 1 mois du 1 avril au 30 avril 2018. Le foyer pour enfants assisté est un établissement étatique à caractère socio-éducatif, il a ouvert ses portes le 16 juin 2004 il est régi par le décret exécutif n° 03/465 du 18 décembre 2003. Ce foyer prend en charge tous les placements effectués par la direction sociale (D A S) et par voie judiciaire.

Le foyer pour enfants assistés est un foyer qui accueille des enfants de 0 à 6 ans privés de famille et il veille sur leur santé mentale et physique ainsi que sa protection et son éducation en vue d'une KAFALA ou d'une insertion sociale.

De ce fait, pour répondre aux besoins et optimiser l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire, un programme a été élaboré en fixant des axes psycho-médicaux pédagogiques à suivre à chaque enfant ou groupe d'enfant et orienter l'action de chaque intervenant et ce pour une éventuelle KAFALA ou favoriser la socialisation et permettre une insertion sociale par une éducation et une stabilité du caractère.

Le foyer s'étale sur une superficie de 2560 m<sup>2</sup> bâtis, à l'intérieur il est réparti en 3 blocs (administratif, restauration et pédagogique), le bloc administratif est réparti en 7 bureaux (bureau de la directrice, de l'économie, bureau de la psychologue, Economat, secrétariat, service de comptabilité, service du personnel, le bloc de restauration compose une cuisine, un réfectoire et un magasin, et le bloc pédagogique se divise en 4 chambres : chambre pour les nouveau-nés (0-2ans), pour les enfants (3ans et plus), pour les enfants handicapés, et une salle d'activité. À l'extérieur, il se dispose d'un espace vert, aire de jeux, chaudière, groupe électrogène, et en dernier un parc auto (ambulance, véhicule et bus).

#### **4. la prés-enquête :**

Pour pouvoir réaliser notre recherche au sein de ce foyer pour enfants assistés on a été obligé d'effectuer certaines démarches administratives au niveau de la

direction de l'action social (DAS).et a partir de l'accord de DAS et de direction de l'établissement, on a eu la possibilité de s'approché des nourrissons abandonnés.

A fin de valider la pertinence de notre question de départ et de vérifier la disponibilité de vérifier la disponibilité de recherche le but essentielle est d'aide le chercheur à construire une problématique plus précise. Et d'une hypothèse qui soient valide, fiable et argumentées on a réalisé une période de prés-enquête qui est une phase de terrain assez précoce dont.

Après avoir pris connaissance avec le personnel administratif, on s'est dirigé vers le service de la pouponnière, nous avons ensuite visité l'ensemble des salles où se trouvent les bébés. A ce moment-là, notre attention est portée à l'observation de ces nourrissons dans des différentes situations, et consulter en même temps la fiche d'identification de chaque enfant placé au-dessus de son lit, sur laquelle était inscrit un minimum d'informations concernant son état de santé, motif de son placement , date et lieu de sa naissance et la date de son placement.

Dans le but de procéder à la sélection de notre échantillon d'étude, nous avons cherché quelques renseignements auprès d'éducatrices et puéricultrices concernant les nourrissons, nous avons déduit que les nourrissons sont séparés de leurs mères pour diverses raisons : célibat, divorce, maladie, attente de logement, abandon. Il y avait des nourrissons qui sont séparés de leurs mères, juste après leur naissance, d'autres après des jours voir des mois d'une relation avec leurs mères et d'autres qui sont d'une origine inconnue. La durée du séjour de ces nourrissons au sein du foyer pour enfants assistés reste indéterminée.

Finalement on a constaté d'après nos observations et de ce que nous a confirmé la psychologue de service, que les troubles psychosomatiques chez ces nourrissons pose un vrai problème. Donc cette pré-enquête nous a permis

de valider notre question de départ, et de passer à une étude approfondie où on a adopté une approche clinique de la recherche en sélectionnant trois (03) cas qu'on a observés, en utilisant une grille d'observation.

### 5. la population d'étude :

Durant notre stage effectué au foyer pour enfants assisté de la wilaya de Bejaia, ou en la possibilité de rencontre des nourrissons de deux sexes et des catégories d'âge (0-2ans) et a fin de réaliser notre recherche on a sélectionné trois cas (deux garçon et une fille) d'une tranche d'âge qui varie entre (2mois-1ans) qui vont représenter notre population d'étude.

La sélection des nos cas réponde à un ensemble critère qui dépend de l'objectif de notre recherche, ce critère présente dans le tableau suivant.

Cas	Prénom	Sexe	Age	état de santé	type d'abandon
Cas n°1	Rayan	Masculin	4mois	Mauvaise	définitivement
Cas n°2	Mouhamed	Masculin	16mois	Mauvaise	partiel
Cas n°3	Amina	Féminin	3mois	Bon	provisoire

#### - Les critères d'homogénéité :

- l'âge des nourrissons sélectionné est entre 3mois et 1 ans et demi.
- sont des nourrissons abandonné et placés au foyer pour enfants assistés.

#### -les critères non pertinents pour la recherche :

- le sexe n'est pas retenu.

-le type d'abandon n'est pas pris en considération (abandon définitif ou provisoire) et même la manière dont ces enfants sont abandonnés (trouvé ou abandonnés par leurs mères célibataires).

-Le type de placement n'est pas pris en considération (placement par voie judiciaire ou par La direction de l'action sociale DAS). .

## **6. La méthode de la recherche :**

La recherche en psychologie clinique fait référence à la méthode d'étude de cas, qui fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique, par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances survenues actuelles et passées ( Chahraoui K et Bénony H, 2003).

Le choix de la méthode dépend de la nature de la recherche et de la réalité à étudier. Dans notre étude porte sur les profils psychosomatique chez les nourrissons abandonné, nous avons choisi la méthode clinique qui nous semble la plus adéquate pour notre thème de recherche.

## **7. Les outils utilisés :**

Le chercheur dans le domaine du comportement, utilise des instruments pour mesurer celui-ci dans le but de le comprendre. Ces instruments sont nombreux et varient selon la nature des comportements étudiés. (Berthiaume F & Lamoureux A, 1981).

Dans le but de recueillir le maximum d'information concernant notre thème de recherche, on a choisi les outils suivants:

- La grille d'observation.

- L'entretien clinique.

### **7.1-L'observation clinique :**

L'observation a une place ancienne et respectée dans l'étude du comportement humain spécialement le comportement de l'enfant. Le propre de l'observation clinique est de considérer que les conduites sont des productions significatives d'une personne et qu'elles expriment quelque chose dès lors qu'il y est un observateur présent. L'influence de ce dernier fait que les comportements de la personne observée en situation, deviennent des interactions. A partir des travaux de Lebovici (1983) chez l'enfant, l'approche clinique dégage les interactions comportementales (manière dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un a l'autre), affectives (influence réciproque de la vie émotionnelle de l'enfant et celle de la mère) et fantasmatique (influence réciproque de la vie psychique de la mère et celle de l'enfant).

L'observation qualifiée de naturaliste permet d'appréhender assez largement les situations quotidiennes (sommeil, alimentation jeux, soins corporels). Mais aussi les contextes de séparation, de détresse et de souffrance. Ainsi l'observation va des actes, des gestes jusqu'à des comportements plus discrets telles que les émotions. (Chahraoui, K. & Bénony H, 2003).

### **7.2-la grille d'observation :**

Certaines études exigent que le chercheur observe et note les comportements adoptés par un individu dans une situation donnée. Le chercheur constitue ici l'appareil d'enregistrement des comportements. Dans certaines de ces études, les observations sont faites de façon très structurées, au moyen d'une grille d'observation. L'emploi d'une telle grille exige du chercheur de définir, de la façon la plus précise et objective possible, les comportements à observer afin

que ceux-ci puissent être identifiés sans ambiguïté au moment de l'observation.

Une grille d'observation est une feuille sur laquelle le chercheur consigne les comportements observés chez ses sujets et le moment d'apparition de ces comportements. Il existe deux types de grille d'observation ;

Une grille d'observation fermée, où les comportements à observer sont limités. L'observateur y inscrit, pour les différents moments de son observation si le comportement se produit. Le second type est la grille d'observation ouverte, les comportements à observer ne sont pas limités. Le chercheur note, à chaque moment de son observation les comportements manifestés par le sujet, peu importe lesquels (Berthiaume F & Lamoureux A, 1981).

Dans notre recherche, nous avons élaboré une grille d'observation à partir des profils psychosomatiques fréquemment observés, selon les auteurs déjà cités dans la partie théorique de notre travail de recherche. Il est aussi de souligner les symptômes de manifestation psychosomatique et de noter les capacités d'adaptations.

On a choisi une grille d'observation de type fermé, en premier lieu raison du temps limité de notre recherche c'est-à-dire on n'a pas assez de temps pour attendre l'apparition des éventuels comportements et des symptômes, De plus les nourrissons sont peu stimulés, de ce fait, ils ne vivent pas des nouvelles situations ce qui induit une pauvreté dans l'apparition de nouveaux comportements. Ainsi que pour focaliser notre attention sur l'influence de la carence affective sur les interactions entre le psychisme et le corps de nourrissons.

### 7.3-L'entretien clinique :

L'entretien clinique est un dispositif de base en psychologie. C'est un outil capital pour le psychologue, afin d'accéder aux informations sur le sujet. L'objet de l'entretien clinique est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il présente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (Chahraoui K, Benony H, 2003).

Il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet. C'est un moment de parole durant lequel un intervieweur extrait une information d'un interviewé (dans son acte de parole), car le langage est le lieu de la subjectivité et c'est par le langage que l'on peut avoir accès à l'expérience de l'autre. Mais dans l'entretien clinique, les informations ne sont pas seulement véhiculées à travers le discours mais aussi à travers la communication non verbale (le langage du corps) qui peut donner de précieuses indications comme les mimiques du visage, le regard, le silence, les gestuelles et les postures. « L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information », Selon A. Blanchet 1985 (Benony H & Chahraoui K, 1991).

Il existe trois type d'entretien qui sont ; l'entretien non directif, l'entretien directif et l'entretien semi directif.

Dans notre recherche, nous avons utilisé l'entretien semi directif, ou on est disposé d'un guide d'entretien qui se compose de questions ouvertes.

Notre guide d'entretien qu'on a appliqué avec les nourrices est le suivant :

**Axe I : les données concernant la vécu du nourrisson.**

**Axe II : l'état de santé du nourrisson.**

**Axe III : l'expression non verbale du nourrisson.**

### **Conclusion**

Ce chapitre méthodologique nous a permis une organisation dans notre travail de recherche, ainsi qu'un bon suivi des étapes de notre recherche. La méthode clinique et les outils utilisés tel que l'entretien et la grille d'observation nous ont permis de détecter le profil psychosomatique de chaque nourrisson abandonné, on a arriver a des résultats quand peut analyser dans le but d'informer ou de confirmer notre hypothèse formulé au début de la recherche.

### **Préambule :**

Ce chapitre est consacré à la présentation et l'analyse des résultats de notre recherche. Il s'agit de donner une présentation de chaque cas, de présenter les données des entretiens cliniques de recherche qui ont été appliqués avec les nourrices, puis on a présenté et analysé les données de la grille d'observation et un petit résumé de chaque cas que nous avons appliqué avec chaque nourrisson et dans différentes situations d'observation durant : le toilettage, les repas, la sieste pour voir leurs différentes réactions, finalement on a conclu ce chapitre par une synthèse et une discussion générale.

### **1-présentation et analyse des résultats :**

#### **1-1 Présentation du cas n°1 «Mouhamed» :**

« Mouhamed », un bébé de 16 mois, placé au foyer pour enfants assistés sous la direction social de Bejaia après le 3<sup>ème</sup> jours de sa naissance, le placement était sur décision judiciaire, un nourrisson qui s'agitait trop il n'arrive pas à se tenir calme.

##### **1-1-1 Résumé de l'entretien :**

Les résultats obtenus à partir de l'entretien réalisé avec les nourrices de « Mohamed » nous ont permis d'avoir le maximum d'informations sur sa situation et son développement psychosomatique depuis son placement.

D'après les dires de la nourrice qui s'occupe de « Mouhamed », après trois mois de placement il a été récupéré par sa mère pour une période d'un mois et puis remis une 2<sup>ème</sup> fois à la pouponnière de la DAS à cause du refus du père de le garder. Sa maman biologique a décidé de venir le voir 2 fois par semaine pendant 2 heures.

Durant les premiers temps de son placement. L'état de santé de ce nourrisson été bon, à partir de 9 mois selon sa nourrice il a commencé à pleurer plus, à ne pas dormir et à demander plus d'attention juste après les visites de sa maman.

Après une consultation du dossier médical de « Mouhamed », on a constaté qu'il présente un problème respiratoire à partir de l'âge de 9 mois. Il manifeste une respiration survenant rapidement, et concernant son traitement le médecin lui a donné des médicaments bronchodilatateurs qu'il peut prendre à plusieurs minutes d'intervalle si la crise n'a pas cessé. Les conseils du médecin portaient qu'il reste à ses cotés, le détendre et l'emmener dans un endroit calme.

### **1-1-2 Présentation des données de l'observation :**

Nous avons procédé à une observation des cas selon une grille modulaire déversée en sous éléments :

- Toilettage et hygiène (changement).
- Problème alimentaire.
- Problème de sommeil.
- problème respiratoire.

Durant notre observation qui a duré une semaine avec deux observations par jour on a constaté que le petit « Mouhamed » manifeste certains comportements et troubles psychosomatiques tels que : les balancements, les pleurs son arrêt, rejet de nourriture et problème de respiration. Pour le problème de type digestif, notre cas n'en manifeste aucun.

Durant leur toilette :

Nous avons observé « Mouhamed » à 10h du matin, pendant la période où les enfants, après avoir fait leur toilette, pris leur petit déjeuner et sorti au jardin

pour jouer. Il y'avait entre 20 enfants où se mettaient tous les enfants de la pouponnière, la nourrice portait « Mouhamed » dans ses bras, quand elle le pose pour aller s'occuper d'autres nourrissons, « Mouhamed » commençait à crier, à pleurer, à se rouler par terre, et à jeter ses jouets. Il ne se calmait que lorsqu'une grande personne s'approche de lui.

Concernant l'alimentation :

On remarque durant le repas de midi « Mouhamed » réclamait à manger en pleurant et en piquant des crises, quand la nourrice servit à manger il mangea rapidement, machinalement sans prendre le temps de savourer son repas.

Durant le sommeil :

Durand le moment de sieste entre (12h à 14h) « Mouhamed » présentait des difficultés d'endormissement, il dort avec des pleurs et en suçant le pouce, tout en se balançant, après 20min il finissait par s'endormir. Mais il se réveille chaque 10 min.

La respiration :

On a remarqué dès que « Mouhamed » se réveillait la nourrice le met sur sa chaise bébés pour lui donner son goûté, pendant ce temps « Mouhamed » restait très calme, avec une figure triste, ne rigolait pas, ne bougeait pas beaucoup, quand la nourrice le plaçait sur un matelas il se posa par terre et s'éloigna de ce petit garçon il se mit à pleurer, à créer et manifester des spasmes sans arrêt il peut pas respirer jusqu'à ce que le médecin vient et lui met un inhalateur dans la bouche.

**Résumé de cas :**

« Mouhamed » âgé de 16 mois, il est abandonné par ces parents après troisième (3) jours de sa naissance, c'est un nourrisson très sensible, et aime beaucoup d'attention et s'occuper de lui, il présente un problème respiratoire,

alimentaire, et il manifeste des comportements qui sont liés à leur situation actuelle (l'abandon) tels que les balancements, des pleurs et de succion de pouce.

### **1-2 Présentation du cas n°2 « Amina » :**

Il s'agit de Amina, une nourrissante de 5 mois, admise au foyer pour enfants assistés de la wilaya de Bejaia après trois jours de sa naissance, le déplacement était sur décision judiciaire.

#### **1-2-1 Résumé de l'entretien :**

Les résultats et les données de l'entretien sont obtenus à partir de l'interview réalisée avec les nourrices de « Amina », elles nous ont permis de rassembler des informations sur le placement et le développement psychosomatique de la petite fille.

« Amina » est placée au foyer pour enfants assistés de Bejaia après trois jours de sa naissance sur décision judiciaire suite à la situation sociale de la mère.

La petite fille a vécu avec sa mère les deux premiers jours de sa naissance. Durant ces jours de placement elle présente aucun problème psychologique, et organique.

Selon les nourrices de « Amina » elle s'endort facilement mais 5 minutes plus tard, elle se réveille, sursaute, souvent en écartant les bras et en les projetant en arrière avec les mains ouvertes et pleure pendant une heure. Elle est inconsolable.

Après avoir consulté le dossier médical de « Amina » on a constaté qu'elle présente des coliques et des troubles alimentaires après 3 semaines de son placement, pleure énormément en période vespérale (vers 17 h et jusqu'à minuit /2h du matin, des pleurs inexplicables des douleurs abdominales

évoluant par crises, accompagnées de pleurs chez « Amina » avec des émissions de gaz. Ils projettent cette idée de douleur abdominale. Cependant, il n'a jamais été prouvé que la petite « Amina » souffre de violentes douleurs intestinales (en particulier du colon) pendant ces crises.

### **1-2-2 Présentation des données de l'observation :**

Nous avons procédé à une observation des cas selon une grille modulaire divisée en 3 sous éléments :

- Toilettage et hygiène (changement).
- Problèmes alimentaires.
- Problèmes de sommeil.
- Problèmes affectifs.

Durant notre observation qui a duré une semaine avec deux observations par jour on a constaté que la petite « Amina » manifeste certains comportements et troubles psychosomatiques tels que les coliques, et troubles alimentaires Affectifs du sommeil, pour les problèmes de type respiratoires, notre cas n'en a manifesté aucun.

Durant Le sommeil :

Nous avons observé « Amina » à 10 H 30, que sa nourrice la réveillait, pour lui donner le biberon sans attendre quelle se réveille toute seule, quand la nourrice lui donne le biberon elle vomissait beaucoup, elle pleurait et criait, la nourrice la prenait dans ses bras pour la calmer, une fois pauser dans son berceau, elle se balançait toute seule regarda tout au tour d'elle avec des sourires et elle fini par s'endormir. Après 2 heures de sommeil elle se réveilla en criant avec des bruits au ventre, Pendant son sommeil on remarquait que

« Amina » dort beaucoup, elle présente des signes de fatigue qui se manifestent par : le frottement de ses yeux, elle n'a pas dormi avec la tétine, elle se balance seule. Durant ce moment Amina a préféré deux positions sur le ventre et l'allongement, elle s'est endormie seule et elle mit du temps pour s'endormir.

Durant Les repas :

nous avons observé « Amina » au moment de ses repas que sa nourrice lui donna le biberon et un mélange de légumes mixés, Amina prend du temps durant le repas qui dure entre 15 à 20 min ,elle prit le biberon « nourci AR » , et aussi mangea la purée ,elle est impatiente avant le biberon avec l'aide de l'adulte ,les crises de coliques surviennent après le repas surtout dans la deuxième partie de la journée.

Durant le toilettage :

Nous avons observé « Amina » au moment du changement des couches, la nourrice lui changeait et constate qu'elle a une diarrhée, elle la changea et après une heure elle lui recharge de nouveau à cause de la mauvaise odeur la diarrhée de « Amina » elle était persistante.

### **Résumé de cas :**

Il s'agit de « Amina » de 5 mois, placée au foyer après trois jours de sa naissance, après les entretiens avec ses nourrices, la consultation de son dossier médicale et les données d'observation, « Amina » présente des problèmes alimentaires (agitation), des coliques après 3 mois de son placement, et problème digestif (la diarrhée), ces troubles peuvent être liés à sa situation d'abandon et le manque des soins maternels.

### **1-3 Présentation du cas n°3 « Rayan » :**

Il s'agit de « Rayan », un nourrisson de 4 mois admis dans un foyer pour enfants assistés de la willaya de Bejaia après deuxième jours de sa naissance le déplacement était sur décision judiciaire, le petit garçon calme et discret.

#### **1-3-1 Résumé de l'entretien :**

L'entretien avec les nourrices de «Rayan» s'est déroulé devant la table basse là où on donne le biberon aux nourrissons, après avoir expliqué l'objectif de notre recherche, la nourrice a immédiatement accepté de coopérer avec nous et répondre à nos questions. Les résultats obtenus à partir de l'entretien réalisé avec la nourrice, nous ont permis de rassembler des informations sur le classement et l'état de santé du ce petit garçon, ainsi que son développement.

Le nourrisson est placé au foyer pour enfants assistés sur décision judiciaire au deuxième jour de sa naissance suite à des problèmes sociaux.

Dés les premiers jours de son placement dans le foyer, le nourrisson ne manifestait aucune maladie, et un développement normal, signalé par le médecin du foyer. Ainsi que son développement est bien marqué par l'absence des maladies liés à des lésions cérébrales ou organiques jusqu' au 3ème mois il a commencé à manifester des problèmes respiratoires, et selon la nourrice il était hospitalisé pendant 20 jours. En ce qui concerne le caractère de « Rayan » les nourrices le décrivent comme étant un nourrisson qui pleurs dans la plus part du temps.

Après avoir consulté le dossier médical de « Rayan» on a constaté qu'il présente un problème alimentaire (les régurgitations), il vomit juste pris un biberon ou quelques minutes, les premiers mois il se nourrit il prenait une certaine marque du lait qui est (biamine plus nourci normal) après

consultation pédiatrique, le médecin a changé sa marque de lait par (AR nourci) pour voir si c'était la cause des vomissements ou non, les consignes du pédiatre portaient qu'il devait porter le nourrisson en vertical quelques minutes après avoir pris son lait et d'éviter de faire une pression sur son ventre, et de ne pas serrer sa couche sur le ventre.

### **1-3-2 présentation des données de l'observation :**

Nous avons procédé à une observation des cas selon une grille modulaire divisée en 3 éléments :

-Problème alimentaire.

-Problème respiratoire.

-Spasme du sanglot.

Durant notre observation qui a duré une semaine avec deux observations par jour, tout au long de cette semaine on a essayé de focaliser notre attention sur le comportement de « Rayan » et sur tous les symptômes psychosomatiques qui découlés peut être d'une situation d'abandon.

Ce petit nourrisson présente certaines manifestations psychosomatiques liées à la carence affective telle que : le problème respiratoire (asthme), troubles alimentaires (mérycisme), et problème de sommeil.

Durant les repas :

Au moment où les nourrices donnent les biberons au nourrisson (pendant chaque 3 heures durant la journée) on remarque le petit « Rayan » présente des vomissements du lait de marque ( biamine plus nourci normal) il est lourd par apport à son estomac même après le changement de la marque du lait « nourci AR » qui était prescrite par le médecin du foyer,

La respiration :

On a remarqué chez « Rayan » présente une gêne respiratoire, ne peut pas respirer normalement, il manifeste par crise typique avec soufflements une économie de mouvement ; il reste immobile, concentré à chercher son air, il est inquiet.

Durant le sommeil :

Au moment de sieste « Rayan » présente une difficulté d'endormissement, il pleure longtemps avant qu'il dorme comme il manifeste, il se calme pas facilement.

### **Résumé du cas :**

« Rayan » âgé de 4 mois il est admis au foyer le deuxième jour de sa naissance, après entretien avec sa nourrice et les données d'observation on a constaté que ce nourrisson souffre d'asthme et problèmes alimentaires.

## 2-Synthèse générale :

Selon l'analyse des entretiens cliniques, et des résultats abstenus par des données de la grille d'observation auprès de 03 cas des nourrissons entre 3 et 16 mois et placés au foyer des enfants assistés, on a constaté que ces cas manifestent un ensemble des troubles psychosomatiques.

Pour évalué les symptômes psychosomatique des 03 cas on a opté pour une échelle incrémentale a 3 niveaux (absent-faible-élevé), on constat des symptômes psychosomatique avec une déférence dans le degré (absente, faible ou sévère). Suit à ce tableau suivant :

Tableau N°3 :

Pathologie Les cas	Problème de sommeil			Problème Respiratoire			Problème digestif			Les coliques		
	A	F	S	A	F	S	A	F	S	A	F	S
<b>niveaux</b>	B	A	E	B	A	E	B	A	V	B	A	E
	S	I	V	S	I	V	S	I	E	S	I	V
	E	B	E	E	B	E	E	B	R	E	B	E
	N	L	R	N	L	R	N	L	E	N	L	R
	T	E	E	T	E	E	T	E		T	E	E
										A		
<b>Cas N°1</b> «Mouhamed»			X			X		X				X
<b>Cas N°2</b> « Amina »	X			X					X		X	
<b>Cas N°3</b> « Rayan »		X				X			X			X

On remarque que les cas « Mouhamed » et « Amina » manifestent des symptômes de colique Sévère par contre le 2<sup>ème</sup> cas « Amina » manifeste un faible degré de colique.

Et cela a été confirmé par spitz « quand la relation mère-bébé se prolonge on observe une évolution vers un état de marasme physique et psychique que spitz appelle « hospitalisme » carence affectif totale, la mort survient alors chez plus d'un tiers des enfants orphelins ou en situation. (Voir p.32).

On remarque aussi que les deux (2) cas « Mouhamed » et « Rayan » manifestant des problèmes respiratoires de façon sévère par contre le cas « Amina » elle présente aucun problème respiratoire.

Par rapport au trouble de sommeil, « Mouhamed » manifeste un symptôme d'insomnie sévère, « Rayan » manifeste un faible degré d'insomnie, par contre « Amina » ne présente aucun trouble de sommeil.

Quant au trouble digestif nous avons constaté qu'il était d'un degré sévère chez les deux (2) cas « Amina » et « Rayan », par contre « Mouhamed » manifeste un faible degré.

Ces phénomènes, assez fréquent confirment la plasticité et la réceptivité du psychisme infantile à l'effet maternel, ce qui oriente les thérapies vers une prise en charge de relation mère-enfant. (Voir p.12).

Nous avons observé aussi et en s'appuyant sur la grille d'observation, que ces nourrissons abandonnés manifestent certains signes comme : (visage triste, recherche de contact humain et d'attention).

Cela a été selon Alexander « pour lui le trouble psychosomatique apparaît lorsque se trouve réunie une triple conjonction de facteurs ; un type spécifique de conflit, une prédisposition particulière du corps du sujet et une situation actuelle de conflit. (Voir p.14).

D'après nos observations on a constaté la présence de problèmes de type respiratoire chez 2 cas parmi les 3 observés et des problèmes de type digestif chez 2 cas aussi.

Quant au problème de sommeil il apparait d'après notre étude il ne concerne qu'un seul cas manifeste ce type de symptôme avec les nourrissons observés.

Cela a été confirmé selon Spitz que « le nouveau-né vit en système clos où l'équilibre est trouvé dans la satisfaction des besoins élémentaires ; la faim, le sommeil, le confort corporel, ces satisfactions sont tirées de la relation avec la mère. (Voir p.13)

Il apparait donc d'après ses résultats que tous des nourrissons qu'on a observés les trois(3) cas présentent des profils psychosomatiques tels que problèmes respiratoires et problèmes digestifs (alimentaire), et des coliques avec un Sévère degré.

### 3- Discussion générale :

Suite aux données que nous avons rassemblé, nous sommes en mesure de discuter notre hypothèse selon laquelle :

« Les nourrissons abandonnés manifestent effectivement des symptômes psychosomatique liés à leur situation d'abandon ».

A travers notre analyse des données d'observation et les résultats obtenus sur Nos trois(3) cas ont est arrivé à évoluer le degré des profils psychosomatique chez des nourrissons.

On a remarqué chez deux (2) cas sur trois cas observé une présence des problèmes de type respiratoire suite a des symptômes tels qu'une gêne respiration survenant rapidement, toux sèche.

Et problèmes de type digestif présent chez deux (2) cas sur trois cas observé suite à des symptômes tel que la diarrhée, vomissement, constipation, et le refus à s'alimenter.

Aussi problème de sommeil chez un seul cas suite a une perturbation de sommeil, des balancements et de succion du pouce avec des pleurs avec un visage de stressées.

Donc effectivement tous les cas présent des symptômes typiques de type psychosomatique qui sont peut-être à leur situation actuelle (abandon).ce qui confirme notre hypothèse pour les cas observés.

## **Conclusion**

---

### **Conclusion :**

La première enfance est la période où les interactions psychique et somatique sont les plus importantes, le développement psychosomatique souvent lié au besoin primordial entre le nourrisson et sa mère, donc la difficulté ou le manque au niveau de l'attachement et le contact physique et corporelle, l'angoisse de séparation a des conséquences très grave, ainsi que la perte de la figure maternelle sont des causes principale de la pathologie du nourrisson.

Notre recherche a été effectuée sur trois nourrissons âgés de 3 à 16 mois et placés au foyer pour enfants assistés et à l'aide des instruments de recherche tel que l'entretien et la grille d'observation, on a tenté d'observer et de décrire les profils psychosomatique les plus fréquents durant la première enfance qui sont liés à leurs situation d'abandon et qui sont victimes de manque des soins maternelle.

Dans les cas de ces nourrissons placés dans un milieu institutionnel, plusieurs manifestations somatiques (corporelles) sont provoquées par une carence affective (psychologique) tel que la qualité des soins et d'affection maternel qui sont effectivement nécessaire et machinalement, incohérente et peu chaleureuse et d'amour, ainsi la discontinuité de la relation. Ce dernier ces nourrissons s'expriment leur souffrances par leur corps et provoque des profils psychosomatique qu'elle peuvent s'aggraver comme trouble alimentaire, l'insomnie, asthme et les coliques, crises et des pleurs.

En conclusion, nous pouvons noter que notre recherche a montré que le nourrisson est l'âge d'or de psychosomatique vu sa maturité psychique, il peut exprimer son malaise ou son mal-être par des symptômes corporels, certes, il peut calmer son malaise par des pleurs et des crises, donc tout le manque des soins et d'affection maternelle entrave des manifestations psychosomatique chez les nourrissons abandonnés placés dans un milieu institutionnel.

# **Introduction**

**Problématique**  
**et**  
**Hypothèse**

# **Partie théorique**

# **Chapitre I**

## **La psychosomatique infantile**

## **Chapitre II**

### **Le nourrisson abandonné**

# **Partie pratique**

# **Chapitre I**

## **Le cadre méthodologique**

## **Chapitre II**

### **Présentation, analyse des résultats et discussion générale**

# **Conclusion**

# **Bibliographie**

# **Annexes**

**Annexe I**  
**La grille d'observation**

# **Annexe II**

## **Le guide d'entretien**

## **Guide d'entretien**

**Nom :**

**Prénom :**

**Age :**

### **Axe I : les données concernant le vécu de nourrisson.**

1-Pouvez-vous dire quand est ce que le nourrisson a été placé dans le foyer ?

2-Pouvez-vous nous décrire l'état de santé du nourrisson lors de son placement ?

3-Avez-vous des informations sur l'abandon du nourrisson ?

4-Est-ce que le nourrisson est abandonné dès la naissance par sa mère ?

Ou a-t'il déjà vécu avec elle ?

### **Axe II : l'état de santé de nourrisson.**

1-Est-ce que le nourrisson présente une maladie somatique lors de son placement ?

2-Avez-vous des choses à dire sur la prise en charge du nourrisson ?

3-comment vous voyez le développement psychosomatique de nourrisson ?

4-pouvez-vous nous décrire la relation du nourrisson avec son éducatrice ?

### **Axe III : l'expression non verbale du nourrisson :**

1-pouvez-vous nous décrire les gestes du nourrisson ?

2-pouvez-vous nous dire comment le nourrisson exprime sa tristesse ou sa joie ?

3-Pouvez-vous nous parler sur la réaction du nourrisson face à une personne étrangère ?

4-pouvez-vous nous dire quelle est la réaction du nourrisson avec les autres éducatrices ?



**Annexe I**

**La grille d'observation**

**Annexe II**  
**LE Guide d'entretien**

## La liste bibliographique

---

### La liste bibliographique :

#### Les ouvrages :

- A Malika, *l'éveil du tout petit, ben aknoun* (alger). CFTMEA, 2012. (s.d.)
- Ait Saada Bouaziz Malika, *l'éveil du tout petit*, office des publications universitaires, place centrale de ben aknoun, alger, (s.d).
- Michel de Boucaud, *psychosomatique de l'enfant asthmatique*, Belgique, 1985,
- B Glose. *le développement affective et intellectuel de l'enfant*, Mosson, France. 2001.
- B Pierre, *l'exposition des enfances*, 2009.
- Roger Misés, *Classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, R-2012.
- CIM 10 /IC D-10, *classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement 10em révision*, paris, 1993.
- François Berthiaume et Andrée Lamoureux, *initiation à la recherche en psychologie*, HRW Ltée, Montréal, 1981.
- J Laplonche et J-B Pontalilis, *vocabulaire de psychanalyse*, 1994, Paris.
- Poscal-Henri Karler, *la medcine psychosomatique en quistion*, 1997, paris.
- Giancarlo Trombini et Franco Baldoni, *La psychosomatique*, paris, 2005.
- Fronçois Gaspari-Carrière, *les enfants de l'abandon traumatisme et déchirures narcissique*, presses Universitaire de Grenoble, 2001.

## La liste bibliographique

---

- Khadidja Charaoui et Hervé Bénony, *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*, Dunod, paris, 2003.
- Léon Kreisler, *l'enfant psychosomatique*, paris,1976.
- L Rossant,*L'alimentation Du Nourrisson,1982,paris.*
- M Lemay,*Les Conséquences De L'abandon, Sur Le Développement Psychosocial De L'enfant Et Dans Ses Relations Personnelles Et Sociales* (Décret : n 80 - 83 du mai 1980 portant création, organisation du foyer pour enfants assistés), (s.d).
- Pascal Mallet, Anne Boudier et Frédérique Cuisinier, *psychologie du développement Enfance et adolescence*, 2004.
- Paul Vasseur,*projection de l'enfance et cohésion sociale,L'hrmatton,1999.*
- Rosine Debray, *Epitre A Ceux Qui Somatisent,2002.*
- Service de la direction de l'action socail, 2009.
- X Gauthieret et COLL ; *l'asthme chez très jeune enfant (14-30 mois) : caractéristiques allergiques et psychologiques, psychiatrie enfant,1976.*

### **Dictionnaire :**

- Digonnet E, *Dictionnaire Infirmier De Psychiatrie. Stefka Ivanov-Mazzucconi Anne –Marie Leyreloup Emmanuel Digonnet* sous la direction de Marie–josé COTTEREAU, 2005.
- Henritte Bloche,Alain Gallo,Pierre Lecoud,Francois Leny,J acques Postal et Mourice Reuchild R.C-F.(S.D),*Larousse posous* la direction,2011.
- Sillamy Norbert, *Dictoinaire de psychologie,Larouse-VUEFQuébec,2003.*

## La liste bibliographique

---

### Cites internet :

- <http://www.liberte-algerie.com>.consulté le 20/02/2018.
- [http : www.//clemedcine.com](http://www.clemedcine.com).consulté le 12/03/2018.