



جامعة بجاية
Tasdawit n' Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

L'effet de la carence affective sur le développement moteur chez les enfants abandonnés

Etude réalisé au sein de l'établissement des enfants assistés d'Ain Taya (Alger)

Présenté par

Melle OUBRAHAM Yasmine

Melle SAIGHI Wissam

Encadré par

Mr GHOUAS Yacine

Année Universitaire

2019/2020

Remerciements

Nous remercions dieu de nous avoir donné du courage et de la détermination pour réaliser ce travail qui nécessite de grands efforts et beaucoup de volonté.

On remercie également notre encadreur, Mr GHOUAS Yacine qui nous a accompagnés tout au long de la réalisation de ce travail avec beaucoup de patience.

Nous remercions aussi le membre de jurés d'avoir accepté de corriger notre travail. Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance à tous les enseignants du département des Sciences Sociales qui nous ont suivis durant tout notre cursus universitaire

Nous adressons nos sincères remerciements à tout le personnel de l'établissement des enfants assistés d'Ain Taya pour leur accueil chaleureux et leur courtoisie, nous adressons tout le respect et l'appréciation à la directrice de l'établissement pour le temps qu'elle nous a consacré, nous voudrions exprimer toutes nos gratitudes particulièrement aux psychologues pour leur disponibilité, leurs conseils qui ont été d'une importance majeure à la réalisation de notre travail.

Enfin, dans le souci de n'oublier personne, nous tenons à remercier toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Y.OUBRAHAM et W.SAIGHI

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail À la mémoire de mes défunts grands-parents

À ma très chère tante Dida qui a toujours été si attentionnée à mon égard et m'a procurée toutes les conditions favorables à la réalisation de ce travail

À mes chers parents qui ont tant attendu le fruit de leur éducation, Ma chère mère qui a toujours été patiente avec moi et me propulse en avant, mon cher père qui m'a toujours conseillé et guidé.

A ma sœur Aichouche, ma référence de vie qui a été si serviable

A mon frère Slimane qui m'a été d'une grande aide

A mon frère jumeau Adel pour son soutien

A ma binôme, ma sœur Wissem, je te remercie pour tout ce que tu m'apporte et pour ta générosité.

Je dédie ce travail à toutes mes amies : Katia, Souhila, Hanane et Ferial

A mon cher Billal qui m'a toujours épaulé

Yasmine

Dédicaces :

Je dédie ce modeste travail :

Tout d'abord à la mémoire de ma très chère grand-mère qui m'a toujours accompagnée par ses prières, sa douceur, j'aurai tant aimé que tu sois présente et me voir réussir aujourd'hui comme tu l'avais toujours souhaité que dieu t'accueille dans son vaste paradis.

A mes très chers parents, que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, je vous remercie pour tout le soutien, la tendresse et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagnera toujours, que dieu vous protège.

A ma petite sœur Lily et mon petit frère Samir je vous remercie d'avoir été toujours à mes côtés que dieu vous protège et vous guide toujours dans le droit chemin.

A mes deux chères grands-pères et ma grand-mère que dieu vous préserve.

A mes chères tantes et oncles qui m'ont toujours soutenu, encouragé et conseillé.

A ma binôme Yasmine et meilleure amie je te remercie pour toutes ces années d'or, pour ton amitié, ta générosité et la bonté de ton cœur.

A mes meilleures amies Fifi, Katy et plus particulièrement à Tiz Tiz ma meilleure cousine, je remercie le bon dieu de vous avoir mis sur mon chemin.

Wissam

Sommaire

A- Introduction

| | |
|--|---|
| Le cadre général de la problématique | 6 |
|--|---|

Partie théorique

Chapitre I : La carence affective et l'attachement

1-la carence affective

Préambule

| | |
|---|----|
| 1- Définitions de la carence affective..... | 17 |
| 2- La rencontre de la mère et l'enfant | 18 |
| 3- Carences et négligences en milieu institutionnel..... | 20 |
| 4- Les causes de la carence affective | 21 |
| 4-1- Une mère absente | 21 |
| 4-2- Une mère déprimée | 22 |
| 4-3- Un bébé déprimé | 23 |
| 4-4- L'abandon..... | 24 |
| 5- Les trois phases évolutives de la séparation durable chez l'enfant | 28 |
| 5-1- La protestation..... | 28 |
| 5-2- Le désespoir..... | 28 |
| 5-3- Le détachement ou le refus..... | 29 |
| 6- Sémiologie des carences affectives..... | 29 |
| 6-1- Signes d'alerte chez le nourrisson..... | 29 |
| 6-2- Signes relationnels chez l'enfant plus grand..... | 30 |
| 7- Les conséquences de la carence affective..... | 30 |
| 7-1- La dépression anaclitique | 30 |
| 7-2- Syndrome d'hospitalisme..... | 31 |
| 8- Effets de la carence affective sur le développement physique | 32 |
| 9- La souffrance de l'enfant soumis à une carence aigue de ses liens affectifs privilégiés..... | 33 |

| | |
|------------------------------------|----|
| 9-1- Séquelles à court terme | 33 |
| 9-2- Séquelles à long terme..... | 33 |

2-Attachement

Préambule

| | |
|--|----|
| 1- Aperçu historique de la théorie d'attachement | 34 |
| 2- Définitions du lien d'attachement..... | 34 |
| 3- Le fondement de la théorie d'attachement..... | 35 |
| 4- La genèse du lien d'attachement..... | 36 |
| 5- Evolution du comportement d'attachement..... | 38 |
| 6- Ontogenèse de l'attachement entre 0 et 4 ans | 39 |
| 6-1- Première phase, de la naissance à 3 mois..... | 40 |
| 6-2- Seconde phase, entre 3 et 6 mois | 41 |
| 6-3- Troisième phase, de 6 à 9 mois jusqu'au début de 3 ans | 41 |
| 6-4- La phase de développement du lien d'attachement | 43 |
| 7- Les émotions les plus importantes dans la théorie de l'attachement..... | 44 |
| 7-1- Angoisse | 44 |
| 7-2- Peur..... | 45 |
| 7-3- Colère | 45 |
| 7-4- Tristesse..... | 45 |
| 7-5- Emotions positives | 45 |
| 8- Attachement et séparation..... | 45 |
| 9- L'échec du processus d'attachement | 46 |

Conclusion

Chapitre II : le développement moteur

Préambule

| | |
|--|----|
| 1- Aperçu historique de la psychomotricité | 49 |
| 2- Le fondement de la théorie de la psychomotricité..... | 50 |
| 3- Définition du développement moteur | 51 |

| | |
|--|----|
| 4- Les types de la motricité | 52 |
| 4-1- La motricité fine et la préhension..... | 52 |
| 4-2- La motricité globale | 54 |
| 5- Les différents facteurs qui influencent le développement moteur..... | 57 |
| 6- La pédagogie qui permet à l'enfant de bouger et d'être actif..... | 57 |
| 6-1- Aménagement de l'espace..... | 57 |
| 6-2- Le jeu à l'extérieur | 58 |
| 6-3- L'exploration et la découverte | 58 |
| 6-4- La présence des adultes | 58 |
| 7- Les stades du développement sensori-moteur selon Piaget..... | 58 |
| 7-1- Le premier stade | 59 |
| 7-2- Le deuxième stade..... | 59 |
| 7-3- Le troisième stade..... | 59 |
| 7-4- Le quatrième stade | 60 |
| 7-5- Le cinquième stade..... | 60 |
| 7-6- Le sixième stade | 60 |
| 8- Analyse de la psychomotricité | 60 |
| 8-1- Le trajet effectué jusqu'à la salle de la psychomotricité | 61 |
| 8-2- L'arrivée dans la salle de la psychomotricité..... | 61 |
| 9- Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant | 62 |
| 10- Les troubles psychomoteurs..... | 64 |

Conclusion

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

| | |
|--|----|
| 1- La pré-enquête..... | 68 |
| 2- Présentation du lieu de la recherche..... | 69 |
| 3- Présentation du groupe d'étude et ses caractéristiques..... | 70 |

| | |
|--|----|
| 4- Les méthodes utilisées | 72 |
| 5- Les outils de la recherche..... | 73 |
| 6- Déroulement de la recherche | 82 |
| 7- Les difficultés de la recherche | 83 |

Conclusion

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule

| | |
|---|------------|
| 1- Présentation et discussion des résultats | 86 |
| 1-1 Premier cas « Ikram »..... | 86 |
| 1-2 Deuxième cas « Oussama» | 91 |
| 2- Discussion des hypothèses..... | 93 |
| Synthèse..... | 97 |
| Conclusion | 98 |
| Liste des références | 101 |
| Annexes | |

Résumé

Notre recherche intitulée « l'impact de la carence affective sur le développement moteur chez les enfants abandonnés », a comme objectif principal d'exposer les conséquences du phénomène de l'abandon et donc de la brisure du lien d'attachement sur la croissance physique de l'enfant et d'identifier les répercussions que peut provoquer une carence affective sur le développement psychomoteur chez le jeune enfant.

Ainsi, notre but en effectuant cette recherche est de vérifier l'éventuelle idée qu'il existe une réelle corrélation entre les états psychiques et physiques et d'exposer les conséquences dévastatrices que peut provoquer un abandon vécu durant l'enfance.

Notre étude concerne des jeunes enfants privés de famille, d'une tranche d'âge de deux à trois ans, demeurant dans une pouponnière.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons opté pour l'étude de cas, pour le dispositif de recueil de données nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif, d'une grille d'observation et de l'inventaire du développement de l'enfant (IDE).

En raison des circonstances sanitaires actuelles du pays, suite à la propagation de la pandémie « COVID 19 », nous n'avons pas pu réunir des données quantitatives à travers un outil psychométrique, nous avons seulement procédé à la discussion et l'interprétation des données qualitatives par le biais de l'entretien clinique.

Cette étude a démontré la présence de certains retards de développement concernant les aptitudes fonctionnelles motrices chez nos deux cas « Ikram » et « Oussama », et la souffrance de ces derniers d'une carence affective, le développement moteur est donc régi par l'état émotionnel et moral. Un développement harmonieux et une croissance saine dépend donc à la fois de besoins physiologiques et d'un besoin affectif.

Mots clés : l'abandon, l'attachement, la carence affective, le développement psychomoteur, motricité, le développement moteur.

Summary

Our research entitled « The impact of emotional deprivation on motor development in abandoned children » has as main objective to expose the consequences of child abandonment and family bound breaking on the children physical growth. We aimed to identify the major repercussions that emotional deprivation can have on the development of functional motor skills in young children.

Thus, our goal in carrying out this research is to verify the possible idea that there is a real correlation between mental and physical states and to expose the consequences that can be caused by abandonment experienced during childhood.

Our study concerns young children deprived of family, aged two to three years living in a nursery.

In order to carry out this research, we opted for the case study. Regarding data collection devices, we used semi-directive clinical interviews, observation grid and the development inventory of the child (CDI).

Due to the current health circumstances of the country, following the spread of the "COVID 19" pandemic, we were unable to collect quantitative data through a psychometric tool, we only proceeded to the discussion and interpretation of the data. qualitative through clinical interview.

This study demonstrated the presence of certain developmental delays concerning functional motor skills in our two cases "Ikram" and "Osama", and the latter's suffering from an emotional deficiency, motor development is therefore governed by the emotional and moral state. Harmonious development and healthy growth therefore depend on both physiological and emotional needs.

Keywords: abandonment, attachment, emotional deprivation, psychomotor development, motor skills, motor development.

Liste des tableaux

| N° | Titre | Page |
|-----------|------------------------------------|-------------|
| N°1 | caractéristiques du groupe d'étude | 71 |

Liste des annexes

| Annexe N° | Titre |
|-------------------|---|
| Annexe N°1 | guide d'entretien semi-directif |
| Annexe N°2 | La grille d'observation |
| Annexe N°3 | L'inventaire du développement de l'enfant (IDE) |

Liste des abréviations :

| Abréviation | Signification |
|--------------------|--|
| AU | Echelle d'autonomie |
| CDI | Child development inventory |
| DAS | Direction de l'action sociale |
| DEV | Développement |
| HR | Haut risque |
| IDE | Inventaire de développement de l'enfant |
| LCO | Echelle de compréhension du langage |
| LE | Echelle d'apprentissage des lettres |
| LEX | Echelle d'expression du langage |
| MF | Echelle motrice fine |
| MG | Echelle motrice globale |
| MOI | Modèle interne opérant |
| NBRE | Echelle d'apprentissage de nombres |
| ORL | Oto-rhino-laryngologique |
| QD | Quotient d'âge |
| SDF | Sans domicile fixe |
| SNDL | Système national de documentation en ligne |
| SOS | Save our souls |
| TCC | Thérapie cognitivo-comportementale |

| Abréviation | Signification |
|--------------------|----------------------|
| THR | Très haut risque |

Introduction

Les enfants étaient souvent considérés simplement comme des versions plus petites des adultes, néanmoins l'enfance est la période de la vie humaine la plus sensible et la plus importante, c'est un moment précieux où les enfants doivent vivre à l'abri de la peur et en présence constante des parents. Certaines qualités sont souvent associées à l'enfance, notamment l'immatunité et la vulnérabilité physiques et émotionnelles, entraînant un manque d'autonomie et la dépendance sociale.

L'abandon d'enfants est un phénomène répandu dans toutes les sociétés du monde, il peut être dû à plusieurs raisons : la mort des parents, l'incapacité financière ou physique et tant d'autres raisons. En Algérie, la raison principale de l'abandon s'avère être les naissances issues de relations extra conjugales. Dans un pays ayant comme religion d'état l'islam, ce sujet est classé tabou et ce en raison de l'intolérance que porte les citoyens algériens à l'égard de ce sujet, néanmoins il est toujours d'actualité. Ainsi, plusieurs enfants se trouvent donc séparés de leurs parents et mis dans des établissements de garde avec des interrogations concernant leur devenir.

Notre documentation met l'accent sur le rôle crucial qu'occupe la famille, plus particulièrement les parents dans le développement normal de l'enfant, estimant que la relation parent-enfant favorise le développement physique, émotionnel et social, d'où la nécessité de s'intéresser davantage sur le cas des enfants en rupture du lien parental et des répercussions dévastatrices qui s'opèrent à leurs égards suite à la situation d'abandon. Ainsi notre recherche s'est portée sur « l'impact de la carence affective sur le développement psychomoteur chez les enfants abandonnés ».

En effet, notre objectif était de mettre la lumière sur l'impact de la privation parentale des jeunes enfants sur le développement harmonieux de ces derniers, car rares elles sont les études faites sur les enfants abandonnés et les conséquences de la brisure du lien familial. Ce genre d'expériences traumatisantes peuvent altérer la croissance saine de l'enfant et entraîner des incidences funestes notamment : des attitudes agressives, des caractères dépressifs, des comportements antisociaux, des défaillances concernant la croissance mentale et tant d'autres manifestations pathologiques. En raison de la multitude des problématiques psychologiques et psychomotrices que peuvent manifester les enfants abandonnés et dans le but de cibler notre étude nous nous sommes focalisé sur la carence affective et sa capacité à entraver le développement moteur des jeunes enfants, et cela grâce à l'observation de

retards moteurs chez certains enfants orphelins, cette remarque nous a influencées dans le choix de partir sur un mémoire se basant sur les problèmes psychomoteurs chez les enfants carencés affectivement.

La carence affective peut avoir différentes définitions selon les tranches d'âges concernées, et dans la période de l'enfance elle représente le symptôme du délaissement et de l'abandon des enfants il s'agit d'un signe de privation émotionnelle. Dans notre recherche on a d'abord essayé d'identifier la conséquence la plus manifeste dont souffre les enfants abandonnés, notamment la carence affective qui est considérée comme étant le symptôme majeur et récurrent présent chez ces derniers. Elle représente un signe émotionnel inquiétant qui se déclenche lors de la rupture du lien familiale, lorsqu'il ya un manque d'expériences interpersonnelles ou environnementales adéquates et appropriées au cours des premières années de développement, et en suite de mettre la lumière sur les conséquences qui peuvent éventuellement surgir de cette carence affective incluent plusieurs soucis tant psychiques et physique chez les enfants délaissés

On entend par développement psychomoteur la croissance physique qui s'opère chez l'être humain de la naissance jusqu'à l'âge adulte, il s'agit de l'augmentation des dimensions corporelles et la maturation des différentes fonctions et des aptitudes fonctionnelles. Notre objectif est de vérifier l'éventuelle idée qu'il existe une réelle interaction entre le coté psychique et le coté physique, ainsi vérifier l'impact que peut avoir la carence affective des jeunes enfants abandonnés sur le développement psychomoteur de ces derniers. En d'autres termes mettre l'accent sur les problèmes du développement psychomoteurs qui peuvent surgir d'une carence affective.

Pour réaliser notre objectif, on a retenu comme lieu de recherche, la pouponnière d'Ain Taya à Alger, et comme groupe de recherche, cinq jeunes enfants d'une tranche d'âge de deux à trois ans demeurant dans un orphelinat. Pour la récolte des données, on a opté pour l'entretien de recherche semi-directif, pour identifier et mesurer les retards et les problèmes du développement psychomoteur des enfants abandonnés, on a choisi l'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE)

Nous avons choisi l'approche cognitivo-comportementale (TCC), comme modèle théorique sur le quel notre travail de recherche a pris forme, cette approche nous a permis de décrire et expliquer avec rigueur le développement

normal du jeune enfant, éclaircir les interactions qui surviennent entre le côté psychique et physique, mais également de comprendre et expliquer l'effet de la carence affective sur le développement psychomoteur chez les enfants en rupture du lien affectif et ce car cette approche combine les cognitions et les comportements.

A posteriori de l'introduction, notre travail est divisé en deux parties, la partie théorique, et la partie pratique. La partie théorique est divisée en deux chapitres, le premier est intitulé la carence affective il est composé de deux sous chapitres qui sont en premier, la carence affective ayant comme points : définitions, la rencontre de la mère et l'enfant, carence et négligence au milieu institutionnel, les causes de la carence affective en s'approfondissant sur le phénomène de l'abandon puisque il est considéré comme étant l'une des causes majeure de la carence affective, sémiologie des carences affectives, les conséquences de la carence affective, effets de la carence affective sur le développement physique et la souffrance de l'enfant soumis à une carence aiguë de ses liens affectifs privilégiés. Le deuxième sous chapitre, l'attachement ayant comme points : Aperçu historique de la théorie d'attachement, définitions du lien d'attachement, le fondement de la théorie d'attachement, la genèse du lien d'attachement, l'évolution du lien d'attachement, ontogénèse du lien d'attachement entre 0 et 4 ans, les émotions les plus importantes dans l'attachement, attachement et séparation et en fin l'échec du processus d'attachement. Le deuxième chapitre porte sur le développement moteur qui porte les points suivants : l'historique, le fondement de la théorie de la psychomotricité, définitions du développement moteur, les types de la motricité, les différents facteurs qui influencent le développement moteur, la place à l'exploration et à la découverte, les six stades du développement sensori-moteur selon Piaget, l'analyse de la psychomotricité, périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant et en fin les troubles psychomoteurs.

Par la suite, nous avons présenté notre problématique et nos hypothèses et sélectionné les concepts clés de notre thème tout en apportant leurs définitions opérationnelles, après cette étape nous avons commencé la partie pratique le troisième chapitre, intitulé la méthodologie de la recherche qui regroupe l'ensemble de méthodes et étapes régissant notre recherche ayant comme points : la pré-enquête, présentation du lieu de la recherche, présentation du groupe d'étude et ses caractéristiques, les méthodes utilisées, les outils de la recherche et enfin les difficultés de la recherche. Nous avons ensuite consacré

notre quatrième chapitre à la présentation et l'analyse des résultats, cette étape comporte deux parties la première est consacrée à la présentation et l'analyse des résultats, la deuxième à la discussion des résultats.

En dernier lieu, nous avons présenté la conclusion, la liste bibliographiques et les annexes.

Cadre général de la problématique

1-Les raisons de choix du thème :

Dans le cadre de notre recherche nous avons mis en lumière « l'effet de la carence affective sur le développement moteur chez les enfants abandonnés », le choix de ce thème est surtout le fruit de nos constatations lors de l'effectuation de notre stage pratique en 3eme année licence au sein de l'établissement des enfants assistés de Béjaia, nous avons constaté que la plus part des enfants demeurant dans ce foyer paraissaient petits par rapport a leurs âges et ils manifestaient des retards sur le plan des aptitudes motrices, Nous nous sommes également inspiré lors de la consultation du site nationale de la documentation (SNDL) a propos des problématiques infantiles, nous avons remarqué a travers nos lectures l'apport important qu'occupe le lien familial pour le développement sain de l'enfant cela a éveillé en nous une curiosité et nous a incité à s'intéresser aux cas des enfants abandonnées privés de famille et les répercussions que peut provoquer cette situation sur leurs développement psychomoteur.

Notre choix de s'intéresser au développement psychomoteur est du au fait que la plus part des études se focalisent sur le développement cognitif de l'enfant, c'est pourquoi nous avons essayé de dévoiler les défaillances que peuvent manifester les jeunes enfants sur le plan des acquisitions fonctionnelles motrices suite a une situation de séparation.

2- Les objectifs de la recherche :

L'objectif de notre recherche consiste à explorer et vérifier l'impact de la brisure du lien familial et donc de l'abandon sur le développement du jeune enfant, d'identifier les signes de la carence affective qui se manifeste chez l'enfant suite a la séparation et de vérifier l'effet de cette carence affective sur le développement des acquisitions motrices du jeune enfant et de déterminer si il existe réellement une corrélation entre les états psychiques et physiques.

3- Problématique

Une famille est l'unité la plus solide de la vie, elle constitue la base de notre existence. Depuis la vie humaine primitive l'homme accorde une importance majeure à fonder une famille dans le but de se protéger mutuellement et d'assurer la continuité de l'espèce humaine elle demeure jusqu'à présent l'un des objectifs les plus importants que tout individu souhaite accomplir. La famille, qu'elle que soit sa typologie, elle est le pilier sur lequel repose le développement de l'individu, elle a un grand impact sur la croissance des enfants, sur leur développement émotionnel, social et psychomoteur.

L'arrivée d'un enfant est certes une bénédiction mais mène la vie de couple vers une transition majeure, les parents doivent mettre en œuvre leurs compétences de responsabilité à fin d'assurer un développement propice de leur progéniture. Tous les enfants du monde ont le droit d'être heureux, quels que soient leur couleur, leur langue, leur sexe ; d'où la nécessité de la présence des parents qui représentent la source de sécurité, d'amour, de soins et d'affection.

Les systèmes familiaux sont construits sur la base de l'amour, de la confiance et de l'attachement, cette dernière est renforcée par un certains nombre de facteurs, le plus important est bien sur l'amour et l'affection qui s'établie entre les membres de cette cellule, elle est considérée comme étant la première école d'apprentissage au quel se réfère l'enfant, un bébé a besoin dès sa naissance d'un support qui lui servira de guide, car l'enfant naît immature il ne dispose pas de codages instinctuels amenant à l'autonomie au bout de quelques semaines ou quelques mois, mais certaines représentations instinctives leur sont à disposition de manière innée tels que : téter pour se nourrir, pleurer comme appel et le besoin de proximité, autrement dit le besoin d'attachement, ce dernier est considéré par plusieurs psychologues et psychiatres notamment ; Ainsworth et Bowlby comme étant un besoin indispensable, « l'attachement témoigne d'un besoin primaire du bébé » (Guedeney, 2005), il est décrit comme une disposition innée à rechercher la proximité il joue un rôle important en fournissant une base solide pour que les enfants se développent de manière optimale.

L'enfant rencontre des changements physiques et environnementaux considérables provoquant ainsi des angoisses pouvant engendrer des problèmes sur le plan développemental d'où le rôle du lien d'attachement opère comme une protection contre ces angoisses. Selon Bowlby « le nourrisson et le jeune enfant

devrait vivre une relation chaleureuse, intime et continue avec sa mère ou substitut permanent de la mère » (Fonagy, 2001). Il a conceptualisé le système d'attachement comme un ensemble évolutif de comportements liés à ceux de l'exploration, de la peur, de l'affection et des soins. Pour Winnicott « le regard de la mère donne à l'enfant la possibilité de se situer par rapport à elle et d'organiser, par la suite, sa structure interne » (Rivest, 2015)

Néanmoins, certaines conditions mènent à la brisure de ce lien. De nombreux enfants dans le monde entier subissent la perte de leurs parents, soit pour des durées variables soit de façon permanente. Les principales causes d'abandon d'enfants se sont révélées être : la pauvreté ou des difficultés financières, la monoparentalité, la maladie mentale et la toxicomanie, des handicaps, des grossesses non désirées ou bien en raison de la mort des parents.

« Une séparation est une brisure, le couple parental n'est plus là, l'enfant est déshabillé de cette identité et cela le met au bord du gouffre ». (Drory, 2009, P16)

La séparation de leurs parents affecte dans une large mesure la vie interne des enfants, elle a un impact direct sur le développement de ces derniers, Le potentiel de conséquences négatives à court et à long terme est extrêmement présente. Selon Parot « 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 attachées ». (Turcotte, 1992, P10)

Il y a plusieurs facteurs à identifier lors de l'évaluation du risque d'abandon, il s'agit notamment de la santé mentale et de la santé physique. Le vide émotionnel invoque un état d'esprit désespéré, un état d'apathie parfois même des caractères agressifs. Les jeunes enfants à ce stade de développement comprennent peu, voire rien, de l'abandon. Cependant, ils sont conscients du climat émotionnel de la famille.

Il a été constaté que les enfants qui ont subi la privation familiale, ont une variété de caractéristiques négatives. Selon des études, les enfants abandonnés présentent une symptomatologie inquiétante notamment : un lent taux de développement mental, des troubles émotionnels, une estime de soi instable, l'anxiété, des problèmes comportementaux et psychosomatiques. Cette expérience traumatisante provoque chez l'enfant de réels problèmes dévastateurs, Leur vie émotionnelle souffre des effets les plus évidents, les interruptions prolongées du lien affectif mère-enfant pendant les trois premières

années de la vie laissent des traces caractéristiques sur la personnalité de l'enfant mais aussi sur le développement psychomoteur.

Les enfants atteignent généralement des étapes de développement. Ces jalons reflètent des capacités, telles que la marche et la parole, qui sont atteintes par la plupart des enfants à des âges similaires, ce développement est assuré par le lien parental et les liens sociaux, *De* nombreux facteurs interviennent dans le développement psychomoteur du jeune enfant, tant sur le plan génétique que sur le plan environnemental. L'hérédité, l'environnement naturel vont se combiner et influencer le développement de l'enfant. La vie relationnelle est un facteur essentiel pour l'élaboration du développement psychomoteur

L'importance de l'affectivité sur le développement moteur a été bien mise en évidence dans les carences affectives précoces, Wallon (1949), mettait en évidence le lien entre le tonus et l'émotion, et soulignait son importance dans les interactions mère-nourrisson.

Il y a donc certains facteurs qui entrent en interaction avec le développement psychomoteur du jeune enfant, particulièrement la vie affective et relationnelle que l'enfant noue avec son entourage, qui alimente l'acte moteur, appelé la relation tonico-émotionnelle. Cette relation est mise en évidence par Wallon(1942).

Selon Ajuriguerra (1962), la préoccupation de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est prélude au dialogue verbal ultérieur appelé le dialogue tonique.

Quand le climat affectif de l'enfant se trouve rompu cela cause des incidences négatives tant sur le plan psychique, émotionnel mais également sur le coté développemental, à savoir le développement psychomoteur, ce qui suscite dire que le développement psychomoteur d'un individu s'établit en fonction du vécu de la personne, plus particulièrement à l'enfance là où le lien affectif maternel se crée.

A l'instar de ce que nous avons souligné plus haut, on a adopté l'approche conitivo-comportementale, en se référant à la théorie Piagétienne à fin de comprendre le développement psychomoteur des jeunes enfants et d'identifier

les problèmes psychomoteur dont souffrent les enfants abandonnés carencés affectivement.

Nous avons choisi d'effectuer une recherche sur l'effet de la carence affective sur le développement psychomoteur chez les enfants abandonnés car on a constaté lors de l'effectuation de notre stage pratique en troisième année au sein d'une pouponnière que la plus part des enfants paraissaient plus jeunes par rapport à leurs âges et certains d'eux avez du mal à effectuer des taches manuelles et motrices, suite a nos lectures des ouvrages et articles et notre penchant au domaine de la psychologie infantile.

Notre objectif est de vérifier à partir de notre recherche l'éventuelle idée qu'il existe une relation entre la carence affective dont souffrent les enfants assistés et la manifestation de problèmes psychomoteurs chez ces derniers, de prouver l'importance de donner aux enfants privés de famille l'affection nécessaire pour un développement optimal.

Ainsi, pour démontrer les répercussions néfastes de la rupture du lien affectif mère-enfant, pour évaluer l'impact de la privation familiale sur le développement psychomoteur des enfants abandonnés et dans le but de vérifier nos hypothèses, nous avons fait recours a un guide d'entretien, une grille d'observation et l'IDE pour déterminer les quotients psychomoteurs.

A partir de ce qu'on a exposé ci- dessus, nos questions sont formulées de manière suivante :

Question générale :

- Les enfants en rupture du lien affectif parental, carencés affectivement se trouvant dans des pouponnières présentent-ils un retard de développement psychomoteur ?

Questions partielles :

- Est-ce que les enfants carencés affectivement développent des déficits au niveau de la motricité fine ?
- Est-ce que Les enfants carencés affectivement ont des problèmes au niveau du développement locomoteur ?

4- Les hypothèses :

4-1-Hypothèse générale :

- les enfants carencés affectivement développent un retard de développement, notamment sur le plan des acquisitions motrices.

4-2-Hypothèses partielles :

- les enfants carencés affectivement développent des problèmes sur le plan de la motricité fine notamment l'évolution graphique et les habilités manuelle comme la manipulation des objets.
- Les enfants carencés affectivement ont des problèmes de locomotion notamment la marche.

5-Définition des concepts clés :

5-1-La carence affective :

5-1-1-Définition théorique :

Sillamy (1980) définit la carence affective comme étant : « l'absence ou l'insuffisance de l'affection ».

La carence est un processus morbide qui risque d'apparaître lorsqu'un enfant de moins de trois ans a subi la rupture de ses premiers investissements avec les personnes significatives de son entourage sans que cette rupture ait pu être réparée. Cette discontinuité entraîne non seulement une blessure narcissique, que l'on peut retrouver à toute période de l'enfance et qui se traduira par une dépression plus ou moins marquée,

Mais, du fait de la structuration encore incomplète du Moi, elle provoque de graves perturbations dans la construction même de l'identité. (Lemay, 1979, p15)

5-1-2-Définition opérationnelle :

On parle de la carence affective lorsqu'un enfant n'a pas reçu suffisamment d'amour, d'affection, de soutien et de compréhension de la part de ses parents, ou bien de sa figure maternelle, elle apparaît chez l'enfant généralement lorsqu'il est placé en institution. Les effets de cette absence

peuvent entraîner de graves conséquences au cours du développement de l'enfant

Insuffisance qualitative ou quantitative d'interactions entre l'enfant et sa mère ou ses parents.

5-2-Le développement psychomoteur :

5-2-1-Définition théorique :

La psychomotricité est le résultat de la synergie qui existe entre les fonctions motrices et les fonctions psychiques au service des besoins et de la vie relationnelle. Les fonctions motrices et les fonctions psychiques se développent dès la naissance de façon interdépendante pendant la petite enfance. (Brin, 2004, p 209).

5-2-2-Définition opérationnelle :

Le développement psychomoteur de l'enfant veut dire le changement et le perfectionnement de la motricité de l'enfant au fil du temps, il recouvre le développement moteur (acquisition des mouvements, de la coordination), le développement sensoriel, intellectuel, affectif et social.

5-3- Le développement moteur :

5-3-1-Définition théorique :

Est une prise de contrôle progressive par l'enfant de son système musculaire, au fur et à mesure de la disparition de la motricité primaire, de la progression de son éveil et de la répétition de ses expériences motrices. (Le Metayer, 1993, P179)

5-3-2-Définition opérationnelle :

Le développement moteur est la capacité de l'enfant à contracter et décontracter ses muscles et l'évolution des capacités physiques et les fonctions motrices. Il y a la motricité fine qui désigne les mouvements précis en sollicitant les petits muscles et la motricité globale qui assure les plus grandes fonctions du corps.

5-4-L'abandon :

5-4-1-Définition théorique :

Selon le dictionnaire Larousse ; l'abandon : délaissement : d'un enfant, laisser aller, négliger. (Larousse, 2012, P09)

5-4-2-Définition opérationnelle

Un enfant abandonné est un enfant mis en institution, rejeté et négligé par ses parents. Ses besoins qui lui semblent nécessaires ne sont pas accomplis tel que : l'hygiène corporelle, l'alimentation, la surveillance, l'éducation, ou les besoins affectifs qui mettent en péril le développement normal de l'enfant.

5-5-L'attachement :

5-5-1-Définition théorique :

L'attachement réfère au lien émotionnel entre l'enfant et son parent ou son principal dispensateur de soins. On le décrit comme un ensemble d'interactions émotionnelles et comportementales qui se développe au fil du temps, particulièrement dans les situations où l'enfant exprime un besoin d'attention, de réconfort, de soutien ou de sécurité. (Van IJzendoorn, 2020).

5-5-2-Définition opérationnelle :

L'attachement est un lien qui se noue entre l'enfant et ses parents plus particulièrement la mère dès la naissance, il s'agit d'un lien émotionnel et affectif et comportemental d'une importance majeure pour le développement propice de l'enfant lui assurant un sentiment de sécurité et un développement sain.

5-6-La motricité fine :

5-6-1-Définition théorique :

La motricité fine se définit comme le produit de mouvements fins, précis et minutieux, qui font appel au contrôle musculaire de différentes parties du corps. Elle concerne la motricité faciale (du visage) que l'on observe chez l'enfant en passant par le ludique : on lui demande de faire une grimace, de gonfler une joue, de fermer un œil ...

Elle concerne aussi la motricité manuelle, que l'on étudie en proposant des jeux de doigts, des épreuves de déliement digital, de pianotage, faire des boulettes de papier ; cela permet de voir comment l'enfant s'organise avec ses mains, quelle est sa coordination œil-main, œil-pied, tout ceci constitue la motricité fine. (Notrefamille.com)

5-6-2-Définition opérationnelle :

La motricité fine représente l'ensemble des mouvements assurés par les petits muscles, elle désigne les habilités à contracter et décontracter les muscles des mains pour assurer les fonctions manuelles tel que la manipulation des objets, le maintien des objets et toutes les fonctions réalisables avec les mains.

Partie théorique

Chapitre I

La carence affective et l'attachement

Préambule

L'enfance est une période de vie d'une importance majeure, cette étape de vie est caractérisée par l'immaturation, la dépendance aux autres mais aussi par sa sensibilité physique et mentale. Les problématiques qui peuvent toucher un enfant sont nombreuses que ce soit physiquement ou psychologiquement parlant, c'est pour cela que la présence des parents est indispensable pour assurer les besoins fondamentaux propice au développement sain de l'enfant.

Ainsi, le cas des enfants mis dans des établissements de garde, en rupture du lien familial incite une réelle préoccupation concernant leurs devenir, car la séparation de l'enfant de ses parents entraîne la brisure du lien d'attachement et donc un sentiment d'abandon, à partir de cette expérience traumatisante, plusieurs conséquences peuvent se manifester notamment la carence affective qui s'avère être le symptôme récurrent du délaissement.

Dans ce cadre, notre premier chapitre s'intitule « la carence affective », ce dernier est divisé en deux parties, la première englobera les points essentiels de la carence affective. La deuxième partie est consacrée à l'attachement.

I- la carence affective**1-Définitions de la carence affective :**

Définition du concept de carence selon le dictionnaire Larousse :

La carence est définie, de façon générale, par « l'absence, le manque de quelque chose ». (Larousse Micro dictionnaire 1980, P.92)

Dans le domaine de la santé, le terme carence désigne une « absence ou insuffisance, dans l'organisme, d'un ou de plusieurs éléments indispensables à son équilibre ou à son développement. Elle peut être due à un défaut d'apport (carence alimentaire, carence solaire) ou d'utilisation (carence digestive, carence nutritionnelle). Elle peut être globale ou élective et porter sur des substances agissant parfois à très petite dose : sels minéraux (carence saline), acides aminés (carence protéique) et surtout vitamines. Elle provoque dans l'organisme des désordres variés, réunis sous le terme de maladies par carence, terme que certains emploient dans le sens restrictif d'avitaminoses » (Garnier-Delamare, 2004)

Plusieurs auteurs, psychologues, psychiatres ont donnés différentes définitions de la carence affectives, parmi ces définitions on cite :

Selon Lemay, la carence affective est définie comme « une situation dans laquelle un enfant très jeune (moins de 3 ans) ne jouissent pas du lien affectif à sa mère (biologique ou de substitution). C'est un processus morbide qui risque d'apparaître lorsque l'enfant a subi une rupture de ses premiers investissements avec les personnes significatives de son entourage sans que cette rupture ait pu être réparée. Cette discontinuité entraîne non seulement une blessure narcissique, que l'on peut retrouver à tout période de l'enfance et qui se traduit par une dépression plus en moins marquée, mais, du fait de la structuration encore incomplet du Moi, elle provoque de grave perturbation dans la construction même de l'identité». (Lemay, 1979, P.15)

D'après lever, la carence affective appelée également carence en soins maternels, on désigne ainsi des vécus avec une insuffisance quantitative ou qualitative d'interaction dans le lien entre l'enfant et la mère. Elle sera appelée précoce, lorsqu'elle est vécue dans les trois premières années d'existence ; ultérieure, lorsque la carence des échanges affectifs et relationnels avec son entourage est vécue chez l'enfant après ses trois ans ; socio-éducative, quand les situations sont caractérisées par la pauvreté globale des apports sociaux, éducatifs, culturels, de l'entourage, d'une défaillance dans les modèles, d'un défaut d'encadrement, de l'absence de projet. Ces situations peuvent concerner tous les milieux. (Lever, 2008)

2-La rencontre de la mère et l'enfant:

On peut dire aujourd'hui que le fœtus éprouve et sait traiter les sensations perçues dans le ventre de sa mère. Lorsque la maman respire une odeur, le cœur du bébé accélère dans l'utérus ou il change de position.

A l'atmosphère olfactive de la mère s'ajoute alors un parfum de circonstance, tout à fait agréable s'il s'agit de l'odeur d'une bonne soupe de légumes, mais plutôt désagréable et voire néfaste s'il s'agit de celle de la cigarette provoquant un arrêt notable des mouvements respiratoires du fœtus.

A la semaine 26 de la grossesse, l'enfant est apte à traiter certaines informations privilégiées par sa sensorialité, grâce à des performances de mémoire à court terme il a pu se familiariser avec certaines sensations.

Le sommeil paradoxal est le rouage qui permet d'intégrer la sensorialité diffuse du fœtus, en fait, ce dernier passe une bonne partie de son temps à faire

des rêves alimentés par les informations sensorielles perçues pendant qu'il est en éveil.

Des troubles de la relation mère enfant peuvent se mettre en place très tôt à la naissance et même parfois avant, des raisons parfois génétiques peuvent engendrer une immaturité psychique, le petit n'a pas alors la possibilité de reconnaître sa mère dans cette femme qui lui envoie des stimulations, il ne les a pas incorporées in utero et les juge étranges par conséquent le retard de la rencontre avec la sensorialité maternelle n'est pas intégré.

L'écologie physique compose alors cette sensorialité. Mais, c'est surtout l'écologie affective de la mère, qui diverge suivant son état psychologique, sa manière de réagir à certaines situations en fonction de son histoire et son propre développement. D'ailleurs d'un fœtus à un autre, l'adoption des comportements réactionnels varie, certains sucent leur pouce, ou donnent des coups de pieds, d'autres sont plutôt calmes.

Il est tout à fait intéressant de voir l'apaisement chez le nouveau-né, devant l'odeur familière de la femme dans laquelle il s'est développé, et de constater plutôt de la vigilance ou de l'immobilité dans une toute autre odeur.

Au moment de la naissance, l'attachement change de forme il s'agit pour le bébé d'un déménagement écologique avec ses premiers modes de communication, ses canaux sensoriels qui ont permis de se familiariser dans l'utérus avec une sensorialité sonore, odorante et caressante prodigué par le monde maternelle. L'enfant passe d'un monde liquide à un monde aérien auquel il devra s'adapter. (Lever, 2008)

Il faut donc savoir que la relation de l'enfant avec sa mère débute bien avant la naissance, il s'agit d'une relation intrinsèque. Le lien d'attachement est présent à la période fœtale, c'est-à-dire à partir du troisième mois de la grossesse. A cette étape le lien d'attachement n'est pas vraiment apparent, le fœtus devient progressivement sensible au toucher et ressent des signes sensoriels venant de l'extérieur tel que les odeurs et les sons. Ce lien est en changement constant, à la naissance il devient plus fort et visible et ce grâce au contact physique et il est d'une importance majeure car cela va servir au nouveau-né comme moyen de protection, mais également d'être rassuré après un sentiment de détresse du au changement environnemental, d'un endroit interne liquide vers un endroit externe aérien.

3-Carences et négligences en milieu institutionnel :

Les carences et négligences en milieu institutionnel sont les mieux connues. Elles sont d'abord attribuées à l'absence de la mère, mais aussi à l'insuffisante stabilité des substituts maternels qui expose l'enfant à d'incessantes ruptures de lien. Malgré les précautions prises dans les pouponnières pour faciliter des moments d'échanges privilégiés, les bébés restent seuls la plupart du temps, peuvent vivre de « longues périodes de malaise sans réconfort » ou « passent d'un désert relationnel à des manipulations sur stimulantes qu'ils ne peuvent ni comprendre, ni anticiper ».

Les occasions de plaisir partagé, de complicité ludique, d'accordage sont trop rares. Les soignants se protègent parfois de leurs propres mouvements d'investissement affectif en s'absorbant dans des tâches matérielles. David et Appell insistent sur la multiplicité des facteurs de carence affective en collectivité, facteurs qui s'organisent dans « des systèmes circulaires d'interactions à l'intérieur desquels ils tendent à s'engendrer » et à se renforcer mutuellement pour former un ensemble résistant aux efforts de changement. Les passages d'une unité à l'autre, les hospitalisations, les échecs des retours « à la maison » ou les ruptures des placements familiaux confrontent l'enfant à des modifications radicales des styles interactifs à des bouleversements préjudiciables de ses repères et compromettent toute possibilité de s'appuyer sur des liens d'attachement secure. Même étroitement accompagnés par leurs parents, les bébés qui doivent séjourner pour de longues périodes en réanimation néonatale ou dans des unités de soins très spécialisées, sont soumis passivement à des « expériences sensorielles déviantes », à des variations brutales et imprévisibles du niveau de stimulation, à une succession d'éprouvés corporels débordant nécessairement leurs capacités d'intégration. Les contraintes de fonctionnement du monde médical technique face à des enjeux vitaux gênent l'implication relationnelle des parents qui parviennent difficilement, dans un tel contexte, à assurer auprès de leur enfant leur rôle de pare-excitation et de transformateur de sensations. (Lamour M, Gozlan-Lonchampt A, De Vriendt-Goldman C. Attention, 1997, P.204-25)

On constate alors que malgré toutes les précautions prises par les institutions ou les pouponnières à l'égard des enfants pour assurer leurs bien être, mais ils s'en occupent de façon automatique sans un lien privilégié d'attachement, ils ont tendance à se focaliser sur la prise en charge des besoins physiologiques et négligent l'aspect affectif, par conséquent les enfants

demeurant dans des pouponnières ne peuvent pas ressentir l'affection et l'amour que tous les autres enfants ressentent de la part de leurs parents. Ces derniers vivent dans une situation de malaise sans réconfort, donc dans un environnement défavorable au développement sain. Il est donc important de procurer aux enfants privés de famille en plus des soins et de l'éducation, l'affection dont ils ont besoins.

4-Les causes de la carence affective :

La carence affective chez l'enfant peut avoir différentes sources, cela dépend des circonstances dans lesquelles il vit. Ainsi nous allons exposer ci-dessous les causes de la carence affective :

4-1- Une mère absente :

L'absence de la mère n'est pas une question triviale pour un enfant, bien au contraire il s'agit d'une situation délicate et alarmante peuvent déstabiliser son bien être. Il est donc clair que cette absence suite à un placement peut générer des conséquences négatives.

L'enfant est alors placée en institution où le substitut maternel n'est pas adéquat, le maternage avec une personne privilégiée est insuffisant. On parle alors de carence sévère si l'enfant n'a pas atteint ses 2 ans et que la durée de placement vécu ainsi persiste. La carence sévère peut devenir psychopathogène et génératrice d'inaffectivité. L'abandon maternel qui ne trouve pas de substitut adéquat produit chez l'enfant des conséquences pouvant être perturbantes pour son développement: des retards de postures, un défaut de spatialisation, un déficit dans la connaissance du schéma corporel, une hypersensibilité aux bruits, au toucher, un mauvais ajustement dans les bras de l'adulte qui lui donne des soins, insomnie, anorexie. On parle ici du trouble de «l'hospitalisme» ou «arriération affective» décrit par Spitz en 1945. Il s'agit de l'état d'un enfant souffrant de carences affectives massives et prolongées provoquée par un placement prolongé au plus jeune âge. Ce syndrome est essentiellement du à la séparation d'avec la mère et se traduit par :

- Des expressions somatiques telles que l'anorexie, la régurgitation (ruminant des aliments déglutis puis mastiqués sans arrêt); l'asthénie (affaiblissement général de l'organisme avec une grande fatigue entraînant des insuffisances fonctionnelles multiples et une fragilité physique).

- Des expressions comportementales, s'accompagnant d'un changement de comportements chez le nourrisson, avec l'installation d'un désintérêt pour les jeux, la relation ...
- Un retard de développement psychomoteur plus ou moins réversibles apparaît au bout de quelques semaines.
- Un appauvrissement intellectuel et linguistique, sûrement par un manque de stimulations, et une curiosité éteinte, ce qui engendrerait un retard mental d'origine affective.
- Des attitudes de revendication affective mal appropriées dues à un sentiment d'insécurité avec une dévalorisation et des angoisses d'abandon.
- Une répétition de la carence affective à la génération suivante, l'image parentale disponible n'ayant pu être intériorisée sur le plan affectif. (Lever, 2008)

L'absence de la mère, s'avère donc être l'une des causes principales de la carence affective.

4-2- Une mère déprimée :

La dépression maternelle est considérée comme un facteur de risque pour le développement socioaffectif et cognitif de l'enfant, l'incidence d'une mère déprimée est si grande qu'elle laisse des traces tant physiques et mentales.

Elle représente l'étiologie la plus fréquente. L'enfant est alors soumis à un changement plus ou moins brutal dans la disponibilité affective de sa mère. Le tableau dépressif n'est pas forcément manifeste, pouvant être latent chez les mamans endeuillées ou déçues de leur vie affective, familiale et sociale. Elles se plaignent de fatigue générale ou somatisent.

La dépression postnatale peut devenir un facteur de stress en début de vie car il est établi que la mère qui en souffre est moins portée à prodiguer à son nourrisson les soins attentifs et chaleureux dont il a besoin pour créer des liens d'attachement sains, développer les aptitudes nécessaires à la maîtrise des émotions, ainsi qu'acquérir des habilités sociales et des mécanismes régulateurs du stress. (Sherryl, Goodman, Matthew, Rouse, 2010, P.02)

Les familles dans lesquelles le couple parental est en souffrance engendrant des comportements violents, d'incohérences. (Lever, 2008)

Ces mamans là sont passées par des moments de déceptions ou de deuils, on les retrouve souvent épuisées moralement et physiquement elles ne peuvent pas donner de l'importance à leurs enfants. Par exemple une maman enceinte perdra l'un de ses parents ou bien son conjoint au moment de la naissance de son enfant, elle rejettera directement son enfant sous prétexte « cet enfant est un porte malheur », elle ne lui donnera ni de l'affection, ni d'impotence donc l'enfant ici est victime de cette perte, ce qui donnera naissance à une carence affective. Il est donc important de savoir qu'une mère déprimée peut être la cause qui peut nuire au développement socioaffectif et cognitif de l'enfant et ce lors des premiers stades de vie.

4-3-Un bébé déprimé :

Le bébé peut développer une dépression. Il s'agira de situations entraînant des séparations et une difficulté pour la mère à s'investir affectivement de son enfant.

Les pertes peuvent être réelles, prolongées, temporaires, répétées, définitives ou fantasmatiques avec le sentiment de ne pas être aimé, pourtant sans événements dans la réalité. Le bébé répond à ces expériences de manque ou de perte de lien affectif par la dépression. Il est marqué par un état d'impuissance, de désespoir et de résignation face à une souffrance psychique, ce qu'il vit dans l'absence de l'objet aimé. Objet qui devrait lui prodiguer affection et bien être. Après avoir vécu une bonne relation avec sa mère. Il est en état de frustration. Spitz parle de dépression anaclitique, l'enfant ne peut plus se reposer sur sa mère, sur l'objet d'attachement ou sur quelque chose qui en dépend. Les symptômes ressemblent à ceux de la dépression chez l'adulte: Son appétit pour la vie s'altère progressivement. L'évolution de l'enfant peut être convenable s'il retrouve de bonnes relations dans les trois à cinq mois, sinon, le pronostic rejoint celui de l'hospitalisme. (Lever, 2008)

L'épisode dépressif de l'enfant peut se présenter sous les traits communs de la dépression de l'adulte : tristesse, ralentissement psychomoteur sthénie. (Brunelle, Cohen, 2014, P.03)

Un bébé durant ses premiers mois de naissance a énormément besoin de sa mère, et de la ressentir devant lui. Malheureusement pour certains ce n'est pas le cas, ils se retrouvent sans maman, ils ne ressentent ni reçoivent la douceur et l'affection nécessaire cela peut leur provoquer une dépression, cet état dépressif se manifeste sous plusieurs symptômes notamment : des sentiments de détresse

(tristesse et irritabilité), des troubles alimentaires et surtout une carence affective.

En plus des points cités précédemment, il existe un autre facteur qui s'avère être la cause la plus courante de la carence affective, il s'agit de l'abandon ce dernier représente une situation sensible que rencontre certains enfants suite à la séparation. Vu qu'il s'agit de la cause la plus dominante, nous allons s'approfondir sur ce facteur.

4-4-l'abandon :

L'abandon est une situation de délaissement, un enfant privé de famille peut susciter plusieurs conséquences alarmantes sur la sphère psychique. Nous allons ci-dessous exposer les points essentiels de l'abandon.

4-4-1-Définitions l'abandon :

Porot (1984) L'abandon y est définie 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 attachées... ». (Trucotte, 1992, P.10)

Loutre-du Pasquier (1988) définit la notion d'abandon comme une situation de séparation définitive sans aucun contact physique ultérieur de quelque type que ce soit d'avec la figure maternelle.

La définition retenue par Pierre Foucault (1990) a davantage une portée légale que psycho-sociale. L'abandon parental y est défini comme « ce geste par lequel le parent, de droit ou de fait, résilie ses obligations de soin, d'entretien et d'éducation à l'endroit de son enfant ». (Trucotte, 1992, P.11)

Martin et Walters définissent l'abandon comme une abdication totale des responsabilités parentales.

Vachon définit l'abandon comme ce geste par lequel la personne en charge de soins à l'enfant l'a laissé sans surveillance, sans indication de retour. (Turcotte, 1992, P.16)

4-4-2- Aperçu historique de l'abandonnisme :

La plupart des études publiées sur l'étiologie de l'abandon d'enfants ont été réalisées dans les années soixante, à une époque où les normes relatives à la

sexualité, à la contraception, aux naissances hors-mariage et à l'adoption étaient très différentes.

Bowlby n'utilise le terme d'abandon que lorsqu'il analyse le rôle des menaces d'abandon (menaces d'envoi de l'enfant au pensionnat, menaces de départ ou de désertion de la famille) dans l'étiologie de l'attachement angoissé.

Utilisant une autre terminologie, Bowlby (1973) décrit toutefois des situations concrètes qui se rapprochent des représentations sociales de l'abandon parental. Chez lui, la notion d'absence est définie comme une inaccessibilité physique et/ou affective de l'objet d'attachement

Plusieurs psychiatres et psychanalystes français se sont intéressés à la notion d'abandonnisme, pour décrire les répercussions psychologiques de l'abandon et du délaissement chez les enfants.

Pillard (1984) et Lani (1985), on réintroduit les notions d'abandonnisme et d'abandonnique, utilisées par la psychanalyste suisse Germaine Guex au début des années cinquante pour décrire un tableau clinique où prédominent l'angoisse d'abandon, le besoin excessif d'amour, le sentiment de non valeur, l'impossibilité de relations objectales et les conduites d'échec. (Trucotte, 1992, P.13)

Myriam David(1989) identifie un syndrome qu'elle désigne sous le terme de « mal de placement » qui, dans ses principales manifestations, correspond à l'abandon de fait. Avant le placement, ce syndrome se manifeste chez les parents par des signes de négligence et par des soins carenciels. (Turcotte, 1992, P.14)

4-4-3-Le sentiment d'abandon :

L'être humain peut ressentir un sentiment d'abandon de la part de son mari, sa femme, sa, son enfant, sa mère, son père, sa communauté ou ses amis ce représente un sentiment d'isolement, d'être laissé à soi-même.

Le sentiment d'abandon se traduit par une série de manifestations physiques et psychiques pouvant aller du simple serrement de cœur à l'anxiété, de la dépression à l'agressivité. Mais ce sont le renoncement à soi-même qui prédominent avant tout. La personne éprouvant un sentiment d'abandon va se sentir mise au ban, autant dire indigne. (Dufour, 2008, P.11)

Le sentiment d'abandon, désigne un ressenti d'impuissance, plus ou moins douloureux et handicapant. Il se caractérise par une sensation de solitude qui paraît insurmontable, vécue comme une injustice ou une trahison. Il s'agit d'un désarroi, pouvant être durable et profond, souvent accompagné de fortes angoisses, de colères irrépressibles ou de tristesse inconsolables, ainsi que d'une impression persistante d'insécurité. (Tomasella, 2018, P.18/19)

On peut donc décrire le sentiment d'abandon comme étant un ensemble de manifestations qu'éprouve tout enfant ayant subi une séparation ou qui a été confronté à une situation d'abandon, ce sentiment peut impacter le côté physiologique et psychique de l'enfant ou bien les deux simultanément et cela engendrera des conséquences chez l'enfant telles que l'anxiété, la colère, l'angoisse...etc.

4-4-4-Les types de l'abandon :

Dans le cas de l'abandon nous sommes confrontés à une situation de séparation définitive avec la figure maternelle. A ce propos, Bowlby (1973) utilise la notion de séparation pour parler de l'absence temporaire de la figure d'attachement. Pour désigner une absence permanente de la figure maternelle résultant soit d'un décès soit de l'abandon, il utilise la notion de perte. Le concept de négligence et celui de l'abandon se rejoignent dans deux situations : l'abandon explicite et l'abandon implicite.

4-4-4-1- L'abandon explicite :

Dans ce cas, les parents refusent clairement d'assumer les soins de leurs enfants ; ils veulent que d'autres adultes prennent toutes les responsabilités et les droits dévolus au rôle parental. Ils n'ont cependant pas toujours la liberté de choix, et nombreux sont les cas où les adultes ont pris la décision d'abandon suite à d'énormes problèmes sociaux ou à des pressions familiales.

4-4-4-2- L'abandon implicite :

C'est un abandon tacite, qui commence généralement par un placement public ou privé, pour évoluer graduellement vers le rejet définitif de l'enfant.

Dans le premier cas, l'enfant est victime d'un abandon délibéré, clair et définitif de l'enfant ; dans le seconde, l'abandon est le résultat de comportements de délaissement diffus, souvent avec alternance de mouvement de désaffection et de reprise, qui se traduisent par des signes de négligence et par des carences de soins, ou la recherche d'une proximité excessive des

contacts, résultant d'une angoisse intense de séparation. Les enfants sont donc pris dans une dynamique imprévisible avec des moments de grande proximité alternant avec des périodes d'abandon. (Barudy, 1997, P.97/98)

4-4-4-3- L'abandon à la naissance :

Une enquête conduite auprès des pouponnières témoigne qu'un nombre d'enfants sont bel et bien abandonnés par les parents, et que les services sociaux connaissent leur filiation biologique. Les motifs d'abandon recouvrent deux catégories sociales principales : d'une part, l'abandon pour cause de naissance illégitime (enfants nés de relations adultérines ou incestueuses ou encore d'un viol, nés de père inconnu ou nés hors mariage, généralement d'une mère adolescente et d'un père refusant de reconnaître l'enfant) ; d'autre part, l'abandon pour cause de maladie ou de précarité sociale des parents (enfants nés de femmes malades mentales ou mortes en couches), la famille ne parvenant pas toujours 'à trouver un substitut maternel dans ces derniers cas. Ces enfants-là possèdent un acte de naissance sur lequel figure l'identité d'un ou des deux parents. Dans le cas des enfants nés de l'inceste, la mère abandonne immédiatement l'enfant après la naissance. Lorsque le nouveau-né est le fruit de relations pré maritales ou adultérines, soit elle l'abandonne, soit elle attend le sevrage de l'enfant et le remet à son géniteur. Cette « manière de faire » s'explique par le principe de filiation propre au droit traditionnel où l'enfant « appartient » au groupe lignager du père et non à celui de la mère. Le père, notamment chez les Moose où l'enquête a été menée, est le garant de la socialisation de l'enfant car il représente la parole de l'ancêtre et par conséquent la loi et la légitimité du groupe. Dans ce système, la place et l'importance du père proviennent du pouvoir reconnu à sa parole, à la loi dont il est un des dépositaires hiérarchiques et au nom qu'il porte. (Bonnet, 1981, P.428)

4-4-5- Symptomatologie chez les enfants 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.

Ce tableau devient net lors de l'entrée en classe maternelle, c'est-à-dire au moment où l'enfant doit mettre en jeu ses aptitudes à la socialisation. Ce qui impressionne le plus est l'avidité affective de ces enfants qui sont toujours décrits par les intervenants comme des petits «anthropophages de l'amour». Se collant à l'adulte sur un mode indifférencié, ils veulent l'absorber dans son temps, son espace et ses possessions. On se sent dévoré, avalé, mais, fait paradoxal, les mouvements affectueux pourtant désirés sont mal reçus et débouchent sur des phénomènes de brisure. Tout se passe comme si l'enfant blessé narcissiquement se révélait incapable de «digérer» les marques d'amour et d'estime. Il veut tout avoir, mais ne garde rien, et ceci s'étend non seulement aux personnes mais aussi aux objets qu'il crée et qu'il reçoit. Ces ruptures, si déconcertantes et si blessantes pour l'entourage, sont dues à plusieurs facteurs. (Aubry, 1955)

5-Les trois phases évolutives de la séparation durable chez l'enfant :

Les manifestations réactionnelles directement provoquées par la séparation sont bien connues depuis les travaux de Spitz et Bowlby, ces réactions se rencontrent banalement chez les enfants de 12 mois à 3 ans.

5-1-La protestation :

Cette étape peut durer de quelques heures à quelques jours. L'enfant cherche en hurlant à faire revenir sa mère lorsqu'il ne la voit pas; s'agite, tressaille au moindre bruit lui faisant espérer qu'elle revient; il repousse les consolations du personnel soignant.

5-2- Le désespoir :

L'enfant est perdu. Il a pourtant toujours besoin de sa mère mais devant la non efficacité de ses appels, il se décourage. Il se renferme sur lui-même, ses cris deviennent des pleures monotones et intermittents: il est apathique dans son lit. Ce stade dit «tranquille» est souvent interprété, par erreur, comme une diminution de la détresse, et une adaptation au milieu. L'enfant relâche ses efforts pour récupérer sa maman. Il semble d'ailleurs la tenir comme disparue définitivement.

5-3-Le détachement ou le refus :

L'enfant s'accommode progressivement à la situation, en acceptant les soins, en reprenant les jeux, en mangeant de nouveaux, l'intensité de cette détresse n'étant plus supportable. Il réprime ses sentiments pour sa mère qui n'a pas su voir et répondre à ses besoins. Il la regarde peu lors de ses visites, et ne semble pas être affecté par son départ. A son retour à la maison, différents troubles comme un refus de s'alimenter, l'énurésie, un mutisme, une dépression, un attachement excessif ou au contraire un apparent détachement à la mère peuvent apparaître et développer une dépression. Il s'agira de situations entraînant des réactions et une difficulté pour la mère à s'investir affectivement auprès de son enfant. (Lever, 2008)

6-Sémiologie des carences affectives :

Dans ce titre on citera deux types de signes de la carence affective, qui sont les suivants :

6-1-Signes d'alerte chez le nourrisson :

C'est souvent la persistance d'un mauvais état général qui amène rechercher activement d'autres signes d'appel. La stagnation de la courbe pondérale, la sensibilité aux infections oto-rhino-laryngologique (ORL), l'inappétence, les vomissements ou les diarrhées, comme les troubles du sommeil donnent à l'enfant une apparence malade peu attrayante. Le retard psychomoteur souvent associé au retard de croissance s'en trouve de fait sous-estimé, si l'on ne trouve pas en compte l'âge de l'enfant. L'hypotonie est quasi constante, sauf pour la partie supérieure du corps.

On note souvent une crispation des muscles du cou et des bras, un serrement des poings sur les pouces, un défaut de préhension des objets mis à disposition ou un refus de lâcher. La motricité spontanée et le babillage sont pauvres et rarement utilisés pour marquer, comme chez la plupart des bébés, les occasions de plaisir partagé. Le retrait relationnel se traduit par une mimique vide d'expression, une faible réactivité dans les échanges, une absence d'initiative dans les situations d'attention conjointe et une passivité face aux sollicitations et à l'éloignement d'autrui. L'enfant semble privilégier, au détriment des interrelations ludiques, les habitudes motrices autocentrées, comme les stéréotypies, les oscillations rythmiques du corps, la succion triste du pouce et les conduites masturbatoires monotones. (Spira, , Scippa, Berthet, Meuret, Besozzi, Cramer , 2000, P.587)

6-2-Signes relationnels chez l'enfant plus grand :

Les signes relationnels sont au premier plan chez l'enfant plus grand. L'avidité affective est souvent manifeste. Se développent instantanément des conduites d'attachement passionnel à l'égard de tout adulte manifestant un peu d'intérêt, ce qui est naturellement le cas en situation de consultation. L'enfant carencé instaure d'emblée un lien de familiarité, cherche à toucher le consultant, à s'agripper à lui, à limiter, s'emparer de ses attributs, ou à s'immiscer dans sa sphère privée.

Cette sensibilité exacerbée se traduit à l'inverse par une intolérance à la frustration, de brusques renversements d'humeur, les manifestations agressives, des conduites d'opposition ou d'hostilité affichées à l'égard de la personne d'abord surinvestie. Il supporte aussi mal les critiques que les compliments et s'attaque tout autant à ses productions ratées qu'à celles jugées réussies. La négligence de son corps et de ses intérêts propres contribue à accentuer sa situation de grande dépendance affective. Peu préoccupé de son apparence, sa présentation est souvent négligée, d'autant qu'il semble méconnaître l'éventuelle survenue d'accidents énurétiques ou encoprétiques. Il se montre désordonné, disperse ou casse ses jouets, oublie ses affaires personnelles. (Mille, Henniaux, 2007)

7- Les conséquences de la carence affective :

Spitz a décrit deux tableaux cliniques montrés comme conséquences de la carence en soins maternelles.

7-1- 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 (notamment avec la mère ou un substitut maternel) dans le développement de l'enfant.

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

Spitz a étudié 123 bébés ayant subi une 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 par ces bébés et leur aggravation au fil du temps.

Au bout du premier mois, les nourissants deviennent des pleurnichards et exigeants.

Au bout du deuxième mois, les pleurs deviennent des gémissements plaintifs. Les bébés commencent à perdre du poids et sa courbe de développement commence à stagner.

A partir du troisième 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 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 de séparation est de trois à cinq mois, les troubles se chronicisent. L'intervalle trois-cinq mois est une période charnière. Si la séparation excède cinq mois, le retard psychomoteur et de langage s'installe. Les courbes du développement et de poids chutent et le bébé présente alors un tableau d'hospitalisme. (Sahuc, 2006, P.136-137)

7-2- Syndrome d'hospitalisme:

L'hospitalisme recouvre l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution. Il s'agit d'un effet nocif du placement et un signe de détresse affective.

René Spitz a observé l'hospitalisme dans un hospice pour enfants abandonnés, dans lequel il y avait une infirmière pour huit à douze bébés. Les besoins corporels y étaient satisfaits. Chaque infirmière voyait chaque enfant chaque jour : une préparait les biberons, l'autre changeait les bébés, l'autre les lavait..., mais les soins étaient anonymes, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas à se tourner leur visage est vide d'expression. Ils présentent des stéréotypies de balancements latéraux ou se tapent la tête. Ils présentent des mouvements bizarres des doigts. Dans le cas grave on a remarqué des automutilations : les bébés se frappent la tête et leurs mains, s'arrachent les cheveux par poignées. Se tapent la tête contre les barreaux. D'ailleurs quand il s'agit d'hospitalisation décharge les pulsions agressives à l'extérieur, il ya retournement de l'agression

contre lui-même. Ces bébés sont incapables d'assimiler la nourriture, ils souffrent d'insomnies. Il ya perte de poids, hypotrophies et dénutrition.

La courbe de développement ne cesse de décroître, les infections se multiples et le taux de mortalité augmente de plus de 37%.

Spitz on a donc déduit que la privation prolongées de soins maternel entraine l'arrêt du développement physiologique de l'enfant et l'accroissement de sa vulnérabilité à l'infection cela aboutit au marasme voir la mort.

Il n'en a conclu qu'un traumatisme affectif comme le stress de la séparation avec la mère, peut avoir des conséquences sur le fonctionnement physique et psychologique comparable à celles d'un traumatisme d'ordre physique. Ainsi il ya un stade réversible jusqu'à trois mois de séparation un stade semi-réversible de trois a cinq mois, et un stade irréversible au-delà de cinq mois. C'est la durée de la séparation qui est capitale. (Sahuc, 2006, P.138)

8-Effets de la carence affective sur le développement physique :

De la naissance à l'âge de 18 mois, les développements moteur, cognitif, social et émotionnel sont majeurs et aboutissent à la constitution d'un « être humain sociable, capable d'apprentissage, de jeu, et doté de langage ». Dans un livre qui fait le point sur la séparation précoce entre l'enfant et sa mère, Michael Rutter met en exergue la difficulté, commune à toutes les études rétrospectives réalisées jusqu'alors, de séparer l'effet des expériences précoces de l'effet des expériences plus tardives. Afin d'éviter ce biais, les chercheurs se sont orientés vers l'étude de cohorte d'enfants après leur adoption. Ces enfants avaient été exposés à une carence précoce et présentaient un retard de développement. Une étude s'intéressant à 229 petites filles Coréennes adoptées par des familles américaines de classe socio-économique moyenne, montrait un rattrapage du poids et de la taille au bout de 6 ans de suivi. Une autre étude montrait que des enfants provenant d'institutions roumaines avaient retrouvé un poids et une taille normale après leur adoption, en comparaison avec des enfants restés en institution. Les auteurs en concluent que la croissance et le développement des enfants souffrant de sous-nutrition précoce ne sont pas altérés de manière irréversible. Au contraire, le développement physique semblait modifiable par l'amélioration précoce et stable de l'environnement. (Colombo, Lopez, 1992, P.611)

9-La souffrance de l'enfant soumis à une carence aiguë de ses liens affectifs privilégiés :

Ces souffrances peuvent laisser de grandes séquelles et problèmes chez les enfants carencés.

9-1- Séquelles à court terme :

Les séquelles à court terme ne sont habituellement pas très marquées après les retrouvailles avec la mère ou l'investissement d'une autre figure d'attachement suffisamment fiable et disponible. Au-delà d'une période sensitive de quelques jours, les expériences brutales de séparation pourraient cependant prédisposer l'enfant à développer un mode d'attachement anxieux et ambivalent, voire à souffrir d'une angoisse séparation plus ou moins invalidante. (Bailly, 1996)

9-2- Séquelles à long terme :

Les séquelles à long terme sont plus hypothétiques. La morbidité psychiatrique serait plus élevée parmi les adultes ayant subi des deuils pendant leurs enfance, mais il est probable que d'autres facteurs pathogènes concourent alors à accentuer la fragilité des sujets concernés. (Mille, Henniaux, 2007)

Les répercussions à long terme que peut provoquer une séparation sont les plus dangereuses et ce car elles sont durables, ces séquelles peuvent être présentes jusqu'à l'âge adulte et donc engendrer une souffrance constante.

II- attachement**Préambule**

L'enfant vient au monde immature mais avec certains comportements instinctifs et primitifs qui sont considérés comme une partie dite innée des comportements « téter, pleurer... ».

Parmi ces conduites instinctives qu'il acquiert dès sa venue au monde se trouve le lien d'attachement ce dernier qui est un besoin primordial pour l'enfant il s'établit entre l'enfant et ses parents dès sa naissance permettant d'assurer son développement, lui permettant également une meilleure adaptation au monde et à l'environnement social.

Mais certaines conditions telles que « la pauvreté, les enfants issues de relations extraconjugales... » Mènent à l'abandon des enfants engendrant des conséquences alarmantes sur tous les plans : affectif, comportemental et développementales.

Dans ce chapitre on va parler de la relation symbiotique entre l'enfant et sa mère qui est caractérisé par le lien d'attachement et l'impact de la brisure de ce lien sur le plan affectif et développemental chez l'enfant.

1-Aperçu historique de la théorie d'attachement :

La seconde guerre mondiale amène les psychiatres et les psychologues à s'intéresser au lien mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces.

Introduite vers la fin de la guerre par le psychanalyste Bowlby (1944), la théorie de l'attachement ne suscita pas beaucoup d'enthousiasme auprès de ses contemporains.

La théorie de l'attachement est née à la fin des années cinquante de la rencontre entre la psychanalyse et l'éthologie puis s'est enrichi d'autres perspectives, notamment des sciences cognitives.

John Bowlby a réalisé des études et des observations notamment sur 44 jeunes délinquants il a pu constater que c'était la séparation prolongée d'avec la figure maternelle qui pouvait expliquer leurs troubles graves du comportement, la théorie de l'attachement est née lentement de ces observations cliniques d'adolescents très perturbés, de l'observation de très jeunes enfants séparés de leurs parents par l'hospitalisation ou le placement.

Dorothy Burlingham et Anna Freud (1942-1944) ont montré l'importance des premières relations dans leur travail d'observations dans les Hampstead Nurseries, pouponnières instituées en raison des bombardements de Londres.

René Spitz est à l'origine des observations les plus célèbres menées sur les effets de la carence affective. En 1946, avec Katherine Wolf, il observe 123 nourrissons, âgés de 12 à 18 mois, de mères célibataires en prison. Spitz va découvrir chez les bébés de cette institution des symptômes dépressifs. (Spitz, 1968, P.22)

2-Définitions du lien d'attachement :

L'attachement au sens de la théorie de l'attachement est une des formes de ces liens affectifs durables. Il s'agit de ce lien qui nous fait rechercher et

trouver auprès de certaines figures spécifiques un sentiment de réconfort et de sécurité quand nous sommes nous-mêmes en détresse ou en situation d'alarme ou d'impuissance.

John Bowlby a défini les comportements d'attachements comme étant « toute forme de comportement qui résulte qu'une personne acquiert et maintient une proximité à une autre personne. » (Bowlby, 1977, P.203)

D'après Ainsworth et Wittig : « l'attachement est un lien social et affectif qui se tisse entre un enfant et la personne qui en prend soin, ce lien persiste à travers le temps et l'espace. » (Ainsworth, Wittig, 1969, P.53)

3-Le fondement de la théorie d'attachement :

La théorie de l'attachement est née dans le contexte historique de la guerre qui entraîne séparations, pertes et deuils.

Les premiers travaux de Bowlby portent donc sur la perte, le deuil, la séparation, sur l'effet de la séparation chez les enfants hospitalisés, et sur les carences relationnelles précoces des délinquants. Sa première intuition à ce moment là est le lien entre déprivation affective maternelle et risque de délinquance. Bowlby décrit les « personnalités dépourvues de tendresse », ces enfants ayant subi des séparations d'avec leur mère.

L'attachement serait un besoin inné. Le bébé est un être de relation précocement, il naît très immature et donc dans un rapport de grande dépendance vis-à-vis de l'autre. L'attachement se construit dans les interactions autour des soins réels auxquels Bowlby accorde une grande importance. (Pillet, 2007, P.8/9)

La théorie de l'attachement et des troubles de l'attachement a été développée à partir de 1950 par John Bowlby. Il a émis l'hypothèse que l'attachement précoce (0-3 ans) est un programme de comportement inné des primates et en particulier des humains. L'idée principale de Bowlby était que le système de comportement d'attachement se développe dans le but d'augmenter les chances de protection et de survie du nourrisson. Cette protection est basée essentiellement sur la proximité physique et le contact entre la mère et le bébé pendant les premières années. (Rygaard, 2013, P.20)

Les éthologues ont proposé le concept de « période critique » pour désigner le moment particulier du développement au cours duquel le jeune prend sélectivement l'empreinte du premier individu ou du premier objet mobile

rencontré. Selon Bowlby, l'attachement sélectif du bébé humain à sa mère reposerait sur un phénomène analogue.

Harlow, un éthologiste américain spécialisé dans l'étude des jeunes rhésus, met en évidence le rôle secondaire de la nourriture dans le lien entre mère et enfant. Chez le bébé-singe, la recherche de nourriture est volontiers sacrifiée à la recherche du contact avec la mère. (Lambert, Lotstra, 2005, P.83/97)

C'est dans ce contexte et grâce à l'influence de l'éthologie que John Bowlby, va proposer la théorie de l'attachement. Il constate que chez l'humain comme chez l'animal, l'attachement est un besoin primaire, biologiquement déterminé.

4-La genèse du lien d'attachement :

La relation entre le bébé et les parents commence dès la conception à travers les désires des futurs parents ; cette communication « volitive » est la voie qui prépare le fœtus à l'environnement parental.

La première communication humaine, bien qu'elle soit primitive à son point de départ, est une expérience sensorielle dont on ne peut priver l'enfant, si l'on veut voir apparaître ultérieurement une évolution.

Brackbill et leur groupe rapportent que lorsque l'enfant est petit, il est en communication si forte avec sa mère que l'on arrive à modifier ses états émotionnels en corrigeant ceux de sa mère ; avec la répétition des ces expériences, ils ont pu accroître le comportement du sourire chez des nourrissons de trois mois. La possibilité du nourrisson aux messages maternels est tellement affirmée que, même s'ils sont silencieux, la mère et le bébé sont dans un état continu de communication ; leur conversation silencieuse est constituée de la simultanéité les éléments comme la mimique et le geste. Il est tout à fait possible que les manifestations vocales et les mimiques du nouveau né puissent être l'expression d'un processus philosophiquement déterminé. . (Rivest, 2015, P.19)

Louise J.Kaplan (1978), explique en ces termes ce à quoi ressemble, au commencement de la vie, une communication affective entre l'enfant et sa mère : quand la mère et l'enfant se contemplant mutuellement, ils établissent une conversation. Le visage maternel que le bébé observe est son miroir ; il est

le premier espace capable de lui refléter un sentiment d'exister. (Rivest, 2015, P.20)

Pendant les premiers mois, pour établir une communication, la mère et l'enfant peuvent seulement se contempler le contact des yeux et du sourire suffit ; entre l'enfant et sa mère, les conversations silencieuses du corps à corps suffisent. Cette communication sensorielle est sa seule sécurité. Dans le silence des gestes, la mère qui prend son enfant dans ses bras le rassure et apprend à mieux le connaître et, au fil des jours, de nombreux dialogues muets viennent s'insérer dans le quotidien : le dialogue du repas, le dialogue du changement de couche, le dialogue du bain, le dialogue du bercement et du dodo. . (Rivest, 2015, P.21)

Au cours de cette période de vie, pour mieux connaître sa mère, le tout petit bébé n'a d'autre moyen que de sentir sa présence ; il la regarde, il la touche et il la ressent silencieusement. En examinant sa mère avec une grande attention, l'enfant ressent l'impression qu'elle lui communique et réagit de façon de plus en plus marquée à ses expressions faciales ; les yeux et le visage de sa mère lui parlent. En fouillant le regard de sa mère, le petit bébé y découvre les sentiments intenses qui s'y cachent.

On peut constater que l'enfant a essentiellement besoin d'un lien d'attachement qui au tout début se crée par un contact sensoriel entre la mère et l'enfant et qui au cours du temps se développe.

Après que les dialogues silencieux sont bien établis, le bébé a encore besoin de savoir que sa mère sera là lorsqu'il appellera à l'aide. Bientôt, il pourra être laissé seul dans son berceau ou dans sa chaise, le son de la voix maternelle suffira à lui faire savoir que, même loin de son regard, sa mère ne l'abandonne pas.

Pour Winnicott (1957), il y a trois mouvements dans la relation symbiotique entre la mère et l'enfant :

- Le premier est cette phase où, à travers les soins physiques, la mère organise un environnement sécuritaire pour l'enfant et où il vit une fusion et une dépendance absolue avec elle. Les soins que la mère prodigue deviennent la base de la communication entre elle et son enfant.
- Le deuxième mouvement est fait de tendres échanges qui conduisent l'enfant à une ébauche d'attachement psychologique.

- Le troisième est celui qui couronne la naissance psychologique, soit l'entrée de l'enfant dans le monde élargi de la famille ; ce dernier mouvement amorce un détachement progressif entre l'enfant et la mère et confère à l'enfant un début d'identité sociale.

L'étape de la communication symbiotique est donc une étape importante dans le processus de développement psychique de l'enfant. L'expérience symbiotique de l'enfant avec sa mère est le plus précoce sentiment de sécurité pour un petit être humain.

Le processus de formation des liens affectifs évolue de façon très rapide et c'est bien sûr durant la période du regard et du sourire qu'il est plus spectaculaire, mais rien n'est jamais définitif chez un petit enfant. La formation des liens affectifs ne se limite pas aux trois premiers mois de vie, elle évolue simplement moins rapidement aux autres étapes de la vie qu'à la phase symbiotique.

Malgré toutes les frustrations subies, sa mère reste son objet d'amour privilégié. Même s'il apprend à connaître le monde qu'il l'entour, le petit bébé est complètement amoureux de sa mère. Si les soins sont suffisamment bons, elle reste sa source première de sécurité ; si les soins sont réellement très mauvais ou qu'elle est constamment absente, elle devient alors sa principale source d'insécurité.

L'enfant perçoit sa mère sous une double image : la bonne mère, source de plaisir et de sécurité affective et la mauvaise mère, source de frustration et d'insécurité affective

L'enfant a un besoin constant d'avoir un lien d'attachement entre son objet d'amour « sa mère » afin d'assurer son développement et son adaptation. Une séparation fréquente peut engendrer des conséquences dramatiques sur le plan développemental chez l'enfant d'où une relation symbiotique harmonieuse entre la mère et l'enfant est nécessaire.

5-Evolution du comportement d'attachement :

Diverses études mettent en évidence le comportement d'attachement : le bébé naît effectivement avec une vaste gamme de potentiels d'action prêts à être activés (succion, fouissement, poursuite oculaire, agrippement, cris, autrement dit des réflexes archaïques) et qui s'adressent progressivement à une figure de

plus en plus discriminée ; dans notre société, il s'agit plus particulièrement de la mère, dispensatrice, le plus souvent, des soins.

A mesure que l'enfant grandit, la gamme de son comportement s'enrichit : sourire, appel, tentative de contact, locomotion, qui ont pour but la recherche de proximité avec la figure d'attachement.

Plus tard, l'attachement se manifeste de façon moins pressante, moins fréquente, car l'enfant possède, par son évolution cognitive, de nouveaux moyens : utilisation de symboles (langage), édification de stratégies, attrait pour d'autres centres d'intérêt ; ainsi, pendant des durées de plus en plus longues, il peut être satisfait de savoir que sa mère est simplement disponible s'il a besoin d'elle.

A ce moment, l'interaction mère/enfant devient plus sophistiquée : par une sorte de compétence qui se développe lentement, l'enfant admet l'idée que sa mère peut avoir ses propres buts assignés et qu'un ajustement est nécessaire pour trouver un compromis satisfaisant chacun des partenaires (dépassement de l'égoïsme piagétien).

« Tous ces processus ont leur origine dans les trois premières années de la vie et sont inscrits, dès les premiers jours, dans l'organisation du comportement d'attachement, c'est la phase où l'individu acquiert toutes les capacités humaines. »

Ce comportement d'attachement, présent dès le départ, va se diversifier, s'élargir à des figures auxiliaires, et persiste toute la vie, se manifestant sous des formes assez variées, parfois même symboliques (lettres, communications téléphoniques) pour assurer le contact.

Le comportement d'attachement, résultant à la fois d'un besoin inné et d'acquisitions.

On peut donc déduire que l'enfant qui naît immature dispose dès sa venue au monde de certains comportements instinctifs lui permettant de s'intégrer à l'environnement post-natal, le lien d'attachement est considéré comme étant le pilier de la relation symbiotique qui se crée entre l'enfant et sa mère.

6-Ontogenèse de l'attachement entre 0 et 4 ans :

Ce dernier se divise en 4 périodes qui sont les suivantes :

6-1-Première phase, de la naissance à 3 mois :

Les comportements d'attachements, présents dès la naissance, ne sont pas dirigés vers une figure particulière ; ils ont comme objectifs de rapprocher l'adulte. Ils sont dirigés de façon préférentielle vers les adultes qui approchent le bébé : il n'y a pas encore de notion de figure spécifique et on ne parle pas encore de figure d'attachement pour le bébé. De manière quasi générale, c'est la mère qui répond, dans cette période, à ces manifestations. Il existe déjà une orientation privilégiée, d'origine prénatale, du bébé vers ce qui est familier plutôt que vers ce qui est inconnu. Les caractéristiques sensorielles des interactions avec celle qui l'a porté pendant toute la grossesse jouent un rôle essentiel : l'environnement pré- et post-natal sont tout les deux fournis par le corps de la mère. On peut attendre une certaine continuité sensorielle (thermique, sensorichimique et rythmique)-même s'il y a des différences entre être dedans et en dehors de l'utérus- qui aide à construire un « pont » entre les deux phases pré- et post-natale. Il y a un apprentissage in utero des préférences précoces pour la mère, avec en particulier une attention et un processus de traitement de l'information qui s'engagent dès l'intrafoetal (36-40 semaines) quand le bébé entend la voix maternelle : c'est le processus de « imprinting like » qui commence en prénatal et qui dure tout le premier trimestre.

Il ya trois catégories de comportements d'attachement innés. Les comportements aversifs (les pleurs, les cris) amènent le caregiver vers le bébé. Les comportements de signalisation (le babillage, le sourire) amènent également le caregiver vers le bébé pour les échanges agréable et maintiennent la proximité. Ils sont spécifiques à l'attachement lorsqu'ils maintiennent la proximité après un moment de détresse. Les comportements actifs sont encore très immatures : il s'agit par exemple de la capacité à s'orienter vers les humains et à attraper ou à s'accrocher. Le comportement de succion présent dans la version de 1969 a disparu dans celle de 1982. Les nouvelles découvertes sur les liens entre allaitement et développement de l'attachement pourraient lui redonner sa valeur fonctionnelle de comportement d'attachement.

L'adéquation des réponses de caregiver entraine la diminution des comportements aversifs comme les cris, et favorise le développement des comportements actifs et de signalisation. En revanche, cette première phase est plus longue si les conditions environnementales sont défavorables. (Guedeney, 2013, P.97/98)

6-2-Deuxième phase, entre 3 et 6 mois :

L'orientation et les signaux dirigés vers une ou plusieurs figures individualisées.

L'enfant commence à contrôler ses systèmes de comportements. Il différencie les personnes qui lui sont familières ou étrangères et se dirige de plus en plus vers ces figures repérées comme familière. En cas de détresse, le bébé va diriger ses comportements, qui acquièrent de nouvelles qualités, de façon active vers ces dernières. Les cris les pleurs de l'enfant qui favorisent le rapprochement de l'adulte vont être mieux calmés par la mère que par n'importe quelle autre personne. Vers 4-5 mois, un enfant dont la mère quitte la pièce va crier ou pleurer, essayant ainsi de la ramener auprès de lui. L'enfant sourit préférentiellement et plus intensément aux personnes qui lui sont familières, et encore plus à sa figure d'attachement principale.

L'enfant babille de plus en plus avec sa figure d'attachement, instaurant de véritables dialogues, et beaucoup moins devant les personnes étrangères ou les objets inanimés. Les mouvements d'orientations différentielles visuelles et posturales apparaissent chez des enfants de 16 à 18 semaines : ils dardent leurs regards sur leur figure d'attachement et la suivent véritablement de regards dans ses déplacements, en orientant également leur corps vers elle.

En fonction de la qualité de réponses des parents, il y a un effet de renforcement réciproque : ces figures particulières vont devenir ses figures d'attachement. A ce stade, un début de modèle interne opérant (MIO), uniquement sensori-moteur, se développe pour chacune de ses relations d'attachement. (Guedeney, 2013, P.98)

6-3-Troisième phase, de 6 à 9 mois jusqu'au début de 3 ans:

Le maintien de la proximité avec une figure discriminée par les signaux et la locomotion :

Cette phase est marquée par des changements importants dans les capacités motrices et de communication de l'enfant. L'enfant acquiert un contrôle sur la proximité, motricité ce qui lui donne un rôle affectif dans la gestion de la distance optimale avec sa figure d'attachement : il peut approcher, suivre, rechercher sa mère de façon tout à fait active. Quatre phénomènes marquent cette phase. L'enfant approche de manière spécifique la figure d'attachement lors des retrouvailles ou des situations de détresse : il va vers elle sans hésitation

si elle est présente. L'enfant suit de manière tout aussi spécifique, sa figure d'attachement principale quand celle-ci s'éloigne de lui.

Le phénomène de base de sécurité s'établit. L'exploration, qui est en plein développement, amène l'enfant à s'éloigner de sa figure d'attachement, la distance qu'il peut tolérer avec celle-ci est un nouveau signal qui va activer les comportements d'attachement. L'enfant prend en compte cette distance ; il va partir explorer quand il se sent en sécurité et va revenir vers sa figure d'attachement s'il s'en sent trop éloigné, pour repartir ensuite. C'est ainsi que l'ont défini le phénomène de « base de sécurité ». La qualité de l'exploration est liée à celle de l'attachement. En cas de stress, détresse, l'enfant qui a établi un lien d'attachement sûr avec elle va revenir vers sa figure d'attachement qui représente alors un « havre de sécurité ». En lien avec ce phénomène apparaissent la peur de l'étranger et l'angoisse de séparation : l'enfant suspend ses activités quand il est confronté à une personne inconnue, s'en éloigne pour aller vers sa figure d'attachement en témoignant de l'activation de son système d'alarme. Après un certain temps, si l'étranger montre des affectes positifs et n'est pas intrusif, l'enfant peut interagir avec lui, mais en maintenant un certain niveau d'alerte. Tout éloignement ou absence de la figure d'attachement active de manière spécifique l'attachement de l'enfant et déclenche les comportements d'attachement (l'angoisse de séparation). (Guedeney, 2013, P.99)

Les changements cognitifs de cette période et le développement des capacités de communication permettent le développement des comportements corrigés quant au but : les enfants peuvent adapter leurs comportements à un but précis en tenant compte des signaux et intentions exprimés par les parents. L'enfant devient capable d'adapter son comportement à ce qu'il perçoit des attentes de ses parents. Il peut « choisir » dans son répertoire comportemental les actions qui vont lui permettre d'obtenir ce qu'il souhaite et peut communiquer avec sa figure d'attachement. L'enfant est devenu capable de manipuler mentalement des représentations qu'il a intériorisées. À ce stade l'enfant a une représentation interne des buts qu'il veut atteindre (par exemple, avoir un contact physique avec sa figure d'attachement) et peut élaborer une planification en sélectionnant ses comportements pour atteindre son but, en ayant conscience que celui-ci peut être différent de celui de l'adulte.

Grace à l'ensemble de ces acquisitions, l'enfant passe du besoin de proximité avec sa figure d'attachement à celui de sa disponibilité, puis juste de son accessibilité en cas de détresse ou d'alarme. Il peut maintenir l'attention de

sa figure d'attachement sur lui et activer ses comportements d'attachement s'il perd cette attention. Il est par exemple très difficile pour les enfants de cet âge de supporter que leur figure d'attachement téléphone ou s'isole pour lire. L'enfant peut poursuivre une exploration dans un lieu familier si sa figure d'attachement s'éloigne mais ne pourra pas le faire s'il est dans un lieu étranger.

A ce stade de développement, l'organisation des patterns de comportement d'attachement est stable et évaluable par l'utilisation de la situation étrange. Si l'enfant a fait des expériences relationnelles de qualité, il va garder ses stratégies primaires qui lui permettent d'approcher la figure d'attachement en cas de détresse : on dit qu'il a un attachement sécurisé. Si l'enfant a fait l'expérience de réponses environnementales moins satisfaisantes à ses besoins de réconfort, il va avoir recours à des stratégies conditionnelles ou stratégies adaptives. Les stratégies d'inhibition amèneront à la construction de patterns comportementaux d'attachement de type insécure-évitant ; les stratégies conditionnelles de type hyperactivation amèneront l'enfant à construire des patterns comportementaux d'attachement de type insécure-ambivalent. Il est important de préciser que ces stratégies conditionnelles ou adaptatives ne sont pas synonymes de psychopathologie mais restent dans une construction normale bien qu'adaptative du lien d'attachement. (Guedeney, 2013, P.100)

6-4-La phase de développement du lien d'attachement :

Entre 2 ans et demi-3 ans et 4 ans, le développement de nouvelles capacités cognitives et langagières est considérable et il entraîne des changements dans l'expression de comportements d'attachement. L'enfant de cet âge a beaucoup moins besoin de la réalité d'une proximité que de la conviction de la possibilité de maintenir l'attention de sa figure d'attachement sur lui. Le développement du langage permet des conversations dans lesquelles l'enfant échange verbalement avec ses figures d'attachement sur ses affects et ses objectifs. L'enfant grâce à sa motricité, est capable d'une autorégulation de la distance optimale qu'il peut supporter avec sa figure d'attachement ; le développement de ses capacités cognitives lui permet de s'être construit une représentation mentale de la séparation, qui peut mieux tolérer. Les enfants sont moins désespérés dans des situations de séparation et ce d'autant plus qu'ils l'auront négocié et seront mis d'accord avec leurs figures d'attachement sur les conditions de cette séparation sur les modalités des retrouvailles. On parle de partenariat émergent.

L'enfant et sa figure d'attachement vont construire « un partenariat corrigé quant au but » qui va être particulièrement actif dans les situations clés réveillant l'attachement que sont les séparations et les conflits autour de l'autorité. Ils vont pouvoir atteindre un but commun en adaptant leurs comportements et leurs intentions grâce à la reconnaissance de leurs états émotionnels, leurs capacités à distinguer leur point de vue de celui de l'autre, leur possibilité d'organiser des stratégies logiques pour atteindre un but, la capacité pour l'enfant et les parents de pouvoir tenir compte du point de vue de l'autre.

Ces capacités de partenariat qui conditionnent celles à négocier les conflits et les désaccords sont à cet âge-là un bon reflet de la qualité de l'attachement. Un enfant ayant un lien sécurisé a construit une représentation positive de l'autre ainsi que de lui-même. Il va a priori avoir confiance dans ses capacités relationnelles, ce qui va lui donner des capacités de négociation en cas de désaccord. Les enfants insécures ont des représentations des autres et d'eux-mêmes négatives : ils ont peu confiance dans la relation, ce qui leur donne très peu de possibilités de négociation de conflits. Les enfants vont soit avoir inhibé leur système d'attachement et avoir tendance à se soumettre, soit avoir exacerbé ce système, et avoir tendance à entrer dans les conflits et des colères difficiles à calmer. (Guedeney, 2013, P.100/101)

7-Les émotions les plus importantes dans la théorie de l'attachement :

Bowlby note que certaines émotions ont une fonction motivationnelle, d'autocontrôle et de communication pour l'individu dans le contexte d'une relation d'attachement. Les émotions que nous allons décrire sont les sous-titres des trois volumes d'Attachement et perte. Bowlby les a surtout traitées comme des réactions émotionnelles aux ruptures d'attachement.

7-1-Angoisse :

Pour Bowlby (1973), l'angoisse a la préséance sur toutes les autres activités lorsque l'accès à la figure d'attachement est menacé. Elle active le système d'attachement et conduit à l'apparition de comportements d'attachement qui, normalement, servent à rétablir cette proximité. Les manifestations de l'angoisse servent de signal de communication pour alerter la figure d'attachement, pour lui faire remarquer la détresse de l'enfant et donner lieu à des réponses réconfortantes.

7-2-Peur :

La peur est au cœur de la théorie de l'attachement. Le vécu de peur traduit l'exposition du bébé à une menace pour sa survie physique ou psychologique, que cette menace soit interne ou environnementale. La peur constitue une des menaces maximales pour l'homéostasie physiologique et psychologique du bébé : sa régulation est donc une priorité dans le développement de celui-ci. Cela explique pourquoi l'activation du système d'alarme-vigilance et du système d'attachement est préemptive sur tous les autres systèmes, et dynamique de l'attachement si essentielle dans les premières années de la vie.

7-3-Colère :

La colère joue également un rôle important dans la réponse à une rupture du lien d'attachement. Bowlby suggère que, lors d'une séparation temporaire, la colère peut servir à motiver un enfant à surmonter les obstacles à la réunion avec la figure d'attachement. Par sa colère, l'enfant communique ses reproches et cherche à décourager sa figure d'attachement de recommencer.

7-4-Tristesse :

La tristesse accompagne le fait de réaliser que la figure d'attachement n'est pas disponible et que les efforts pour tenter de rétablir cette accessibilité ont échoué. La tristesse peut conduire au retrait et au désengagement, qui peuvent avoir des effets de réorganisation sur les modèles internes opérants(MIO).

7-5-Emotions positives :

Les émotions positives les plus spécifiques de la théorie de l'attachement sont le sentiment de sécurité lié à la proximité de la figure d'attachement : c'est un état de détente, de bien-être et de confort, ou tout est sous contrôle. La proximité dans l'attachement est un indice externe spatial qui renvoie à l'état intérieur de sécurité, qui est, lui, un état émotionnel subjectif interne. C'est la double notion de proximité et de sécurité qui définit l'objectif externe et interne du système d'attachement. (Guedeney, 2013. P 13/14)

8-Attachement et séparation :

De plus en plus d'intervenants conviennent aujourd'hui à quelques mois de vie, devoir se séparer de sa mère pour aller en pouponnière ou en garderie ne permet pas à l'enfant de ressentir l'amour de sa mère et d'établir un lien

d'attachement avec elle ; la majorité des intervenants préviennent qu'une séparation est un difficile moment et que plusieurs enfants se sentent émotionnellement abandonnés. Lorsque l'on côtoie régulièrement des enfants, on peut remarquer que le sentiment d'abandon fait partie de la dynamique qui les accompagne au quotidien. Le temps de présence est trop souvent minimisé et le retour rapide des mères dans le milieu du travail met en péril le développement harmonieux des relations mère enfant, la détérioration des conditions de présence et de disponibilité indispensables à l'enfant met en péril le processus de l'attachement et crée des difficultés d'adaptation. La manière de préparer l'enfant à se séparer de son objet d'amour, le moment et la durée de la première séparation d'avec la mère génèrent des conflits qui ont une grande influence sur le cours progressif du développement. Trop souvent, l'intégration en service de garde se passe comme s'il fallait bannir entre la mère et l'enfant tout message émotif ; trop souvent, les comportements jugés irrationnels dans le couple mère-enfant ne sont pas écoutés.

Sachant que la qualité des expériences symbiotiques avec la mère laisse son empreinte dans la vie affective et dans les traits de la personnalité, il est facile d'imaginer qu'un tout petit bébé qui vit la phase symbiotique et tout le processus d'attachement dans un orphelinat, dans une crèche ou dans une garderie où les visages changent constamment, aura de la difficulté à s'identifier à un objet d'amour particulier et qu'en conséquence, il développera un sentiment de frustration, d'insécurité et une personnalité abandonnique. (Rivest, 2001, P32)

9-L'échec du processus d'attachement :

Il s'agit de situations dans lesquelles, pour diverses raisons, la rencontre sensorielle entre l'adulte et l'enfant n'a pas pu avoir lieu, il n'y a pas de familiarité. Les enfants et les parents sont réciproquement transparents. Malgré les liens biologiques qui les unissent, ils ne se perçoivent pas car ils sont dans l'impossibilité de se sentir.

Ce trouble grave de l'attachement se manifeste par un manque d'intérêt et le rejet de la part des parents. Il s'agit de troubles des liens sensoriels de l'affectivité interpersonnelle apparus à la suite de problèmes lors des interactions précoces entre les parents et l'enfant (Barudy, 2007, P82)

Les signes de désespoir n'apparaissent pas liés aux conditions matérielles d'accueil mais à la rupture des liens maternels non compensée par une qualité d'attention et de relation suffisante de la part du personnel de la pouponnière.

Conclusion du chapitre

L'attachement est un comportement qui rapproche un enfant à sa figure d'attachement, ce qui veut dire qu'un enfant a besoin de vivre dans un milieu favorable et de sécurité qui lui permettra de s'épanouir loin de tout les problèmes.

Mais parfois l'enfant rencontre des situations de séparation et d'abandon par ses parents, il se retrouve en institution loin de sa figure d'attachement et loin de sa famille ; ce qui peut provoquer par la suite une carence affective, suivie de différents problèmes tel que le retard psychomoteur, les problèmes de cognitions et des troubles du comportement.

Chapitre II

Le développement moteur

Préambule :

L'enfant dès sa naissance, établit son rapport au monde par sa fonction psychomotrice, il rencontre deux mondes : le monde interne et le monde environnant. L'activité motrice de l'enfant est un instrument fondamental et une fonction essentielle qui lui permet de se constituer et de grandir dans un processus évolutif.

Le bébé au cours de son développement acquiert des éléments moteurs, posturaux, sensoriels et relationnels, il s'agit d'un processus dont dispose tout enfant qui permet une évolution harmonieuse de l'enfant dans son environnement.

Mais le développement psychomoteur de l'enfant passe parfois par des périodes sensibles entraînant plusieurs problématiques, ces problèmes peuvent submerger à partir de plusieurs sources notamment : d'ordre relationnel (affectif), mental, génétique...etc.

1-Aperçu historique de la psychomotricité :

Le concept de psychomotricité était apparu au début du siècle dernier, avec les découvertes fondamentales des neurophysiologistes notamment par Wernicke et Sherrington. Tout en conservant un ancrage dans la neurobiologie, la psychomotricité allait bénéficier de l'apport des éléments fournis par les travaux intéressant la psychologie génétique. (Calza, Contant, 2007, P.01)

Ce concept a été au cœur des travaux de recherches de nombreux pédagogues, psychiatres et psychologues il est considéré comme un champ de recherche et de pratique qui se distingue des autres modèles par son objet qui est relié entre la psyché et le corporel.

En 1915, Dupré, conçoit la déséquilibration motrice comme une anomalie congénitale ou précocement acquise de la motilité ce qu'il appelle la débilité motrice par analogie avec la débilité mentale. (Ballouard, 2008, P.20)

Ajuriaguerra, est le père fondateur de la psychomotricité et de l'école française de psychomotricité, il a laissé une œuvre de la psychiatrie et de la psychologie développementale et pathologique. De la petite enfance jusqu'à l'appréhension des processus de vieillissement (Girardier, 2016, P.45) Dès 1947, Ajuriaguerra, pédopsychiatre et neurologue, c'est à lui que nous

devons l'abord psychomoteur de l'enfant dans le cadre de la santé mentale. A partir de son enseignement sur la psychomotricité chez l'enfant, son équipe institue avec lui, pour les enfants de la consultation pédopsychiatrique ayant des difficultés scolaires, des rééducations psychomotrices. (Désobeau, 2008, P.47)

Pour Ajuriaguerra, les désordres de la réalisation motrice ne répondent pas à des lésions focales du système nerveux, et l'expression est plus ou moins en relation avec des retards maturatifs dans le sens large du terme. Ces troubles répondent à des modes particuliers d'organisation motrice tonique ou somatognosique et sont le plus souvent liés au développement psychoaffectif d'une manière primitive ou secondaire. (Ballouard, 2008, P.21)

Selon Piaget, la psychomotricité se développe, il définit les stades du développement psychomoteur normal. Il décrit comment les schémas sensori-moteurs, par réactions circulaires amènent l'enfant à édifier sa vie mentale. (Désobeau, 2008, P.42)

2-Le fondement de la théorie de la psychomotricité :

La psychomotricité, comme champ théorique et comme méthode de rééducation, peut se caractériser comme s'occupant, par des techniques basées sur une approche corporelle, des troubles de l'espace temps, des difficultés de structuration de schéma corporel et des dysharmonies tonico-affectives.

Ajuriaguerra a ancré cette thérapie dans une compréhension du développement qui s'appuie sur des bases physiologiques et pathologiques. Ce dernier s'est aussi appuyé sur l'œuvre de Piaget pour montrer les articulations de la psychomotricité avec le développement de l'intelligence.

Selon Wallon, l'émotion et le tonus sont les constituants essentiels qui enracent la psychomotricité dans le milieu humain. (Bullinger, 2019, P.71)

Ajuriaguerra insiste sur l'importance de la relation tonico-émotionnelle dans le premier développement de l'enfant et la préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet. (Calza, Contant, 2007, P.02)

On peut donc déduire que le modèle théorique de la psychomotricité est un champ qui intègre le psychisme et la motricité dans son objet d'étude et dans sa pratique de rééducation, les fondateurs de ce champ estiment que l'activité motrice est régit en fonction de la qualité des échanges émotionnels entre la

mère et l'enfant donc est dysfonctionnement moteur peut émerger à cause d'une carence émotionnelle, affective.

La sensori-motricité peut être vue comme un des soubassements théorique et techniques de la psychomotricité. Le terme sensori-moteur est utilisé par Piaget (1936) pour décrire une période de développement entre la naissance et 18-24 mois. Cette période sensori-motricité se caractérise par le fait que les matériaux principaux qui alimentent l'activité psychique sont de nature sensorielle et motrice et que ces matériaux sont objets de connaissance. (Bullinger, 2019, P.70)

Cette capacité de traitement des signaux sensori-moteurs ne disparaît pas dans la suite du développement mais elle occupe une place différente : d'objet de connaissance, ces matériaux deviennent le plus souvent moyen de connaissance.

Les conduites sensori-motrices sont toujours présentes dans le comportement humain. Leur place et leur importance varient suivant les tâches dans lesquelles le sujet est engagé. (Bullinger, 2019, P.70)

3-Définition du développement moteur :

C'est l'apparition et l'évolution naturelle et continue des fonctions motrices propres à l'espèce, par interaction entre les facteurs génétiques et l'environnement. Il se caractérise par les modifications de la coordination ou des habiletés motrices liées à l'accroissement de l'âge de l'enfant et non pas à un apprentissage structuré ou organisé par l'adulte. Pour comprendre le développement moteur, il faut donc connaître les modifications qui se produisent avec l'âge dans le comportement et les performances motrices tout le long de la vie ; il faut aussi étudier les processus qui les sous-tendent et les facteurs qui les influencent. C'est ainsi que l'on n'apprend pas à l'enfant à s'asseoir ni à attraper un objet, ramper ou courir, bien que l'on dise couramment que l'enfant a appris à marcher ! Les nouvelles possibilités motrices ou leurs transformations résultent de l'interaction des facteurs associés à la maturation, à l'entraînement ou à l'expérience et à la motivation du sujet. On peut par contre aider l'enfant à perfectionner ses gestes de base, à les rendre plus efficaces ou à en acquérir d'autres, lors de séances appropriées. Il faut donc dissocier le développement moteur de l'apprentissage. Le développement et l'apprentissage peuvent être considérés comme complètement autonomes : le premier résulte de

l'évolution de facteurs génétiquement déterminés, et le seconde n'a pas de rapports avec le premier. Cette position est strictement théorique ; toutefois les possibilités d'apprentissage dépendent d'une façon ou d'une autre de l'évolution de l'individu, sans quoi nous pourrions apprendre n'importe quoi à n'importe quel âge. (Robert, 2003, P.140)

4-Les types de la motricité :

La motricité est un point essentiel chez le jeune enfant elle se divise en deux différentes partie dont : la motricité fine et la motricité globale.

4-1-La motricité fine et la préhension :

Elle concerne essentiellement les activités de préhension (saisir un objet), de manipulation (blocs, pâte à modeler), d'utilisation d'objets ou d'instruments (pour (écrire, dessiner, découper, manger) qui mobilisent surtout de petits muscles des mains et des doigts et qui conduisent l'enfant à l'autonomie (manger seul, s'habiller faire sa toilette, bricoler, jouer, etc.) y prédominent la coordination visuo-manuelle et la dextérité digitale.

L'enfant possède, à la naissance, un réflexe d'agrippement. Ce réflexe ne doit pas être confondu avec la préhension qui, elle, nécessite la maîtrise des muscles oculomoteurs et distaux, une coordination visuo-manuelle et la perception de la main comme organe utilisable pour saisir, transporter et relâcher les objets. La préhension est l'exemple type d'une activité perceptivo motrice : pour la réaliser, il faut en effet disposer d'information sur les particularités de l'objet (distance, taille, forme, structure), sur la position de la main et du bras par rapport au corps (aspects perceptifs) et sur le déplacement de la main en direction de l'objet à l'arrêt ou en mouvement (aspect moteur). (Robert, 2003, P.168/169)

4-1-1-Les étapes de la préhension :

La motricité fine comporte plusieurs étapes on site alors :

4-1-1-1-La dissociation :

La dissociation des doigts est la capacité à bouger un ou plusieurs doigts de façon isolée, donc sans que les autres doigts ou le poignet ne bougent. Elle est utile dans de nombreuses activités, comme le coloriage ou l'utilisation de l'ordinateur. Pour que les gestes soient précis, il est aussi important d'avoir une

bonne dissociation entre le tronc et le bras. Cette habileté qui se développe tôt dans l'enfance permet au bras de bouger, tout en conservant le corps immobile. Un enfant qui écrit très gros n'a souvent pas de dissociation. Il écrit avec un mouvement qui part de l'épaule ou du coude et l'avant-bras n'est pas toujours en appui sur la table. Un autre exemple d'un manque de dissociation : les enfants qui découpent en position debout. Encore une fois, ils utilisent un mouvement de l'épaule et sont moins confortables pour faire ce mouvement en position assise. Bref, la dissociation permet des mouvements fluides, qui ne demandent qu'un minimum d'énergie.

4-1-1-2-Les manipulations dans la main :

Permettent de déplacer un objet de la paume de la main vers le bout des doigts (sans utiliser l'autre main, sans s'appuyer) ou de prendre un petit objet avec le bout des doigts puis le cacher au creux de la main. Dans la vie de tous les jours, ces gestes sont fréquemment utilisés pour manipuler la monnaie ainsi que les clés. Lors de l'écriture, cette habileté nous sert à écrire avec une plus grande précision (faire des lettres fermées, un tracé de la bonne grosseur, etc.). (sonyacoteergo.blogspot.com, 2018)

4-1-1-3-La coordination œil-main :

Pour être efficaces, les mouvements des mains doivent être bien coordonnés avec la vision. C'est une composante essentielle à la précision des gestes pour s'assurer de les faire au bon endroit sur la feuille.

4-1-1-4-La coordination bilatérale :

C'est la capacité des 2 côtés de notre corps à travailler ensemble. Dans plusieurs tâches, une main va stabiliser et l'autre main va exécuter des manipulations plus précises. Par exemple, pour découper ou pour enfiler, les 2 mains se coordonnent sans effectuer le même geste. C'est très important dans l'écriture pour tenir la feuille avec une main et écrire de l'autre. Cela donne une écriture beaucoup plus rapide parce que la main qui écrit se concentre sur la formation des lettres sans tenter de retenir la feuille qui se déplace constamment.

4-1-1-5-La préhension des objets :

Se raffine tout au long de la petite enfance en suivant une séquence spécifique. La pince pouce-index émerge pendant la première année de vie: ainsi il est possible de saisir des objets très petits en utilisant le bout des doigts. La

façon dont l'enfant saisit les objets évolue : vers 6 ans (et même avant) les préhensions utilisées pour le tenir le crayon, les ciseaux et les ustensiles sont matures, comme celles de l'adulte.

4-1-1-6-La force :

une bonne force des doigts et de la main est très importante lors de nombreuses manipulations fines comme pour attacher des boutons, découper, nouer et dénouer les lacets, et jouer avec de la pâte à modeler... les doigts sont contrôlés par plusieurs muscles qui sont situés à l'intérieur même de la main ainsi qu'au niveau de l'avant-bras.

4-1-1-7-La base :

Bien que la motricité fine concerne les petits gestes, elle est étroitement liée à certaines habiletés de la motricité plus globale, dont le contrôle postural. Un manque de stabilité du tronc et des épaules influence la capacité de l'enfant à contrôler ses bras. Conséquemment, l'endurance et la dextérité risquent d'être affectées. Les grands mouvements doivent d'abord être bien maîtrisés et coordonnés avant que les petits mouvements moteurs fins puissent se raffiner. (sonyacoteergo.blogspot.com, 2018)

On peut donc déduire que la motricité fine vise à développer quelques muscles des doigts et des mains pour faire un mouvement précis, et donc c'est un point très important dans le développement de tous les enfants.

4-2-La motricité globale :

La motricité globale regroupe les activités motrices sollicitant la participation de l'ensemble du corps. La marche et son acquisition feront l'objet d'une description détaillée ; pour les autres activités, course, saut, lancer, etc., seuls leurs traits caractéristiques essentiels seront présentés, des descriptions plus détaillées étant disponibles ailleurs.

4-2-1-Ramper et marcher à quatre pattes (quadrupédie) :

Les premiers déplacements autonomes de l'enfant se font en rampant puis marchant à quatre pattes. Dans le ramper, qui peut apparaître entre quatre et six mois, la poitrine est soulevée mais le ventre reste au sol, les bras assurant la traction du reste du corps qui traîne à terre ; ils se tendent vers l'avant et, par

flexion, tirent le corps. Parfois les jambes poussent un peu puis, très vite les genoux se fléchissent et passent sous le corps, ce qui soulève le ventre et prépare la quadrupédie. Cette dernière apparaît entre huit et neuf mois et, bien maîtrisée, assure un déplacement très rapide de l'enfant. Au cours des premiers essais, un seul membre est mobilisé à la fois, les trois autres assurant l'équilibre. Après quelques semaines, deux membres sont utilisés au même temps, soit à l'emble soit en opposition de phase. A l'emble, bras et jambe controlatéraux (bras droit et jambe gauche) progressent simultanément.

4-2-2-La marche :

L'acquisition de la marche, entre huit mois et 18 mois, constitue la dernière étape importante du développement moteur car elle confère à l'enfant l'autonomie dans ses déplacements et le pouvoir de découverte active de son environnement. Elle nécessite le contrôle de l'équilibre de la station verticale associé à un tonus de maintien et une force élevées dans les muscles extenseurs antigravitaires et le contrôle des déplacements par la mobilisation des articulations et la coordination des mouvements alternés des membres inférieurs ; elle requiert aussi l'acquisition d'une force suffisante pour maintenir temporairement le poids du corps sur une jambe, l'ajustement aux changements des contraintes corporelles (masse, hauteur du centre de gravité), la motivation et l'imitation. Elle combine donc l'intervention conjointe d'éléments nerveux (maturation du système nerveux ainsi que des centres de contrôle et de déclenchements du mouvement et du contrôle de l'équilibre), musculaires (force et raideur musculaires, contractions agonistes-antagonistes, caractéristiques visco-élastiques du muscle) et anatomiques (allongement des membres, déplacement du centre de gravité). L'enfant doit ainsi ajuster le déplacement et la propulsion de son corps vers l'avant et veiller au maintien de son équilibre dynamique, tout en supportant le poids de son corps sur une seule jambe et en la transférant sur l'autre alternativement. C'est l'absence de force suffisante des muscles de la jambe d'appui qui limite le plus longtemps l'acquisition de la marche en entraînant un déséquilibre. (Robert, 2003, P.180/181).

4-2-3-Monter les escaliers :

Quand l'enfant marche, il s'attaque très vite aux escaliers. Les premiers mouvements qu'il effectue pour les escaliers, vers un an, ressemblent à ceux qu'il fait ramper sur le sol. Puis la montée se fait marche après marche, la même jambe montant toujours la première, l'autre la rejoignant ensuite ; un temps

d'arrêt précède la montée de la marche suivante. Avec le développement de la force, de l'équilibre et de la coordination, l'enfant monte ensuite les escaliers jambe après l'autre comme un adulte. La descente à reculons dure plus longtemps, en rampant ou sur les genoux, à cause de l'appréhension du vide.

4-2-4-La course :

La course nécessite la coordination des mouvements des bras et des jambes, l'intervention des muscles agonistes et antagonistes ainsi qu'une force suffisante pour recevoir le poids du corps sur une jambe après la poussée de l'autre. Elle inclut une phase d'envol au cours de laquelle il n'y a pas de contact avec le sol. L'enfant commence à s'arrêter brusquement ou à tourner. A quatre ans apparaissent de grands progrès et un meilleur contrôle du départ, de l'arrêt et des changements de direction, ce qui lui permet d'utiliser la course dans le jeu.

4-2-5-Les sauts :

Le saut se caractérise par une période d'envol, résultant de la poussée d'une des deux jambes, suivie de la réception au sol sur une ou deux jambes. L'apparition du saut se produit sous la forme d'un pas vers le bas lorsque l'enfant quitte la dernière marche d'un escalier, avec une très courte phase d'envol. (Robert, 2003, P.198)

4-2-6-Le lancer :

Ce geste exige force et précision et, pour être vraiment efficace, demande une coordination élevée des différentes parties du corps qui interviennent : les bras, le tronc et les jambes. La performance s'améliore au fur et à mesure que l'enfant imprime une vitesse de plus en plus grande à l'objet avant de le lâcher, vitesse qui dépend de celle de la main à la fin de l'élan. La vitesse maximale dépend de la coordination de l'intervention de la jambe opposée au bras lanceur et du transport du poids lanceur et du transport du poids du corps du talon vers l'avant du pied, de la rotation du tronc au cours du lancer et de l'armé du bras lanceur le plus loin possible en arrière.

Le premier stade, entre deux et trois ans, se caractérise par un lancer où les mouvements du bras et du tronc se font dans un plan antéropostérieur avec recul du bassin, les pieds restant fixés au sol. Le second stade, entre trois et 5 ans, les pieds restent toujours fixes au sol mais l'enfant effectue une rotation à

droite du tronc pour préparer le lancer s'il le fait avec la main droite ; le bras droit s'il lance avec la main droite. (Robert, 2003, P203/204)

On peut dire alors que le plaisir de bouger et de manipuler des objets est essentiel au développement du jeune enfant. Ce principe est présent chez l'être humain de sa naissance jusqu'à sa mort.

5-Les différents facteurs qui influencent le développement moteur :

Le développement affectif, car un lien d'attachement bien établi permet à l'enfant de se sentir assez en sécurité pour explorer, prendre des risques et chercher de l'aide lorsque nécessaire.

Le développement social, car plus l'enfant interagit avec les autres, plus il apprend, notamment par imitation. L'accroissement de ses habiletés sociales lui permet de réaliser des tâches exigeant des habiletés motrices de plus en plus complexes.

Le développement cognitif, car plus la capacité à penser et à réfléchir de l'enfant s'accroît, plus ce dernier sera capable d'anticiper les conséquences de ses actes, d'ajuster ses gestes et de relever des défis demandant des habiletés motrices plus complexes ou plus efficaces.

Le développement langagier, car plus l'enfant maîtrise le langage parlé, plus il peut ajuster ses actes aux informations reçues (ex : consignes ou conseils) et son expression motrice à des propositions ou à des concepts plus précis. (Suzanne, 2016, P.10)

6- la pédagogie qui permet à l'enfant de bouger et d'être actif :

Pour un meilleur développement de l'enfant, il est nécessaire d'avoir quelqu'un à ses côtés qui l'aidera durant ses activités, ses difficultés etc.

6-1-Aménagement de l'espace :

L'espace de vie de l'enfant doit lui permettre de se mouvoir et d'exercer sa motricité en toute liberté et en toute sécurité. Les espaces sont souvent surchargés de mobilier et de matériel de toutes sortes. Il est nécessaire de réfléchir à l'aménagement en fonction du besoin naturel et essentiel que l'enfant a de bouger et d'explorer sa motricité. (Suzanne, 2016, P.19)

6-2-Le jeu à l'extérieur :

Les espaces de jeu extérieurs sont souvent le meilleur endroit pour permettre aux enfants de jouer librement et d'expérimenter une variété d'habiletés motrices. Les espaces de jeu bien conçus favorisant la manipulation et différentes formes de locomotion fournissent à l'enfant une multitude de situations pour expérimenter son corps et découvrir son environnement. Les espaces naturels l'invitent à faire une foule de découvertes et d'explorations qui sont nécessaires à son développement : se déplacer dans la neige, sauter dans le sable, contourner des obstacles, etc... sont autant d'occasions d'aventure.

6-3-L'exploration et à la découverte :

La pédagogie du jeune enfant a comme première caractéristique de fournir des occasions de développement adaptées aux capacités de celui-ci. Si l'on considère ce qui a été expliqué précédemment, la meilleure pédagogie est celle qui laisse de la place à l'esprit d'initiative de l'enfant et qui lui permet de relever les défis à sa manière. Le jeu et l'activité réalisés à l'initiative de l'enfant ou proposés en fonction de ses goûts et de ses besoins individuels sont les meilleures avenues pour soutenir son développement.

6-4-La présence des adultes :

Si l'enfant a besoin de bouger et de s'exercer, il a aussi besoin d'interaction et de reconnaissance. La sécurité affective qu'il trouve dans ses relations d'attachement lui permet de prendre les risques nécessaires à son évolution. La présence d'adultes bienveillants, qui savent le soutenir dans ses efforts et qui peuvent ajuster les défis qu'il rencontre à ses capacités, demeure un facteur capital pour son développement. Des parents aimants et des intervenants formés pour répondre à ses besoins sont des éléments clés à prendre en considération pour prétendre au bon développement de l'enfant. (Suzanne, 2016, P.19/20)

7-Les stades du développement sensori-moteur selon Piaget :

Selon la théorie de Piaget, les enfants passent par différents stades spécifiques à leur intellect et à leur capacité de percevoir les relations matures. Ces différents stades de développement infantile sont les mêmes pour tout les enfants, quelque soit leur origine ou leur culture. Seul l'âge peut parfois varier d'un enfant à l'autre.

7-1-Le premier stade :

Il est caractérisé par la modification de plusieurs activités réflexes dont les enfants sont équipés à la naissance. Piaget s'est particulièrement intéressé à l'évolution des réflexes s'appliquent, en se complexifiant grâce aux processus d'assimilation et d'accommodation, aux objets de l'environnement que le nourissant est amené à rencontrer. A partir des simples réflexes, le nouveau né construit donc au cours du premier mois de la vie postnatale des schèmes de succion et des schèmes de préhension différenciés. Cette période est également propice à l'exercice des explorations visuelles et des explorations auditives de l'environnement des personnes et des objets. (Vauclair, 2006, P.109)

7-2-Le deuxième stade :

De un à 4 mois, est celui des réactions prolongent l'exercice des réflexes et combinent des activités réflexes jusque-là isolées. Par exemple, l'enfant porte à sa bouche un objet saisie préalablement dans l'une de ses mains. Au cours de ce stade, le nourissant reproduira également des actions intéressantes pour lui (aspect de circularité), mais qui sont limités au corps propre (aspect primaire). Ce stade est caractérisé par des poursuites visuelles de la main, et par la découverte de nouvelles actions liées aux schèmes de succion. Par exemple, la main de l'enfant entre par hasard en contact avec sa bouche, et le conduit ainsi à reproduire cette nouvelle activité.

Les schèmes réflexes produits au cours stade 2 ne sont plus l'expression d'un montage biologique initial, mais passent sous le contrôle de l'enfant qui peut les modifier volontairement. (Vauclair, 2006, P.109/110)

7-3-Le troisième stade :

Le 3^{ème} stade est marqué par des comportements nouveaux rendus possibles grâce à la coordination qui s'est établie entre la vision et la préhension : c'est l'apparition des réactions circulaires secondaires réalisées entre 4 et 8 mois. Ces réactions portent sur des comportements produits de façon répétitive (aspect de circularité) et qui sont orientés vers les objets extérieurs (aspects secondaire). Les réactions circulaires typiques de cette période comprennent des comportements comme faire glisser avec la main de manière répétée un objet sur un support ou sur encore secouer de façon répétée un objet qui émet un son intéressant.

7-4-Le quatrième stade :

Les réactions circulaires secondaires (8-12 mois) connaissent un début de coordination qui se traduit par les premières mises en relation entre les objets. Par exemple : l'enfant pousse un objet à l'aide d'un autre objet, ou encore met un objet dans ou sur un autre objet. Un autre phénomène significatif concerne la prise en compte des effets de ses actions, qui amène l'enfant à différencier les moyens et les buts : par exemple, tirer une ficelle afin s'emparer d'un objet qui est attaché à l'une de ces extrémités. (Vauclair, 2006, P.110)

7-5-Le cinquième stade :

Ce stade est (entre 12 et 18 mois) c'est celui des réactions circulaires tertiaires. L'aspect répétitif est toujours présent, mais les enfants recherchent maintenant activement de nouvelles propriétés des objets, et de nouveaux moyens d'agir sur eux. A ce stade, les objets sont manipulés les uns par rapport aux autres, comme dans les premières constructions auxquelles se livrent les enfants (empilements, par exemple), mais les objets sont également manipulés par rapport à des forces comme la gravité. Ainsi, un enfant jette un objet de sa chaise en variant la force exercée, dans le but d'en vérifier l'effet sur la trajectoire. Les enfants qui ont atteint le stade 5 se livrent à de véritables expérimentations d'actions, à des expériences « pour pouvoir ». (Vauclair, 2006, P.110/111)

7-6-Le sixième stade :

Ce dernier c'est celui de la combinaison mentale des schèmes (18-24 mois). A ce stade, l'enfant est capable de se représenter mentalement ses actions. La combinaison mentale des schèmes permet d'utiliser un schème donné (par exemple, écarter un objet caché). De plus, l'enfant utilise des symboles, tel le langage, et il est en outre capable d'imitation différée. Cette dernière est définie comme la capacité de reproduire un comportement en l'absence de son modèle, de manière différée dans le temps. Une telle compétence suppose que l'enfant puisse se représenter mentalement une action ou une série d'actions. (Vauclair, 2006, P112)

8-Analyse de la psychomotricité :

L'analyse de la psychomotricité peut se faire dans deux différents lieux.

8-1-Le trajet effectué jusqu'à la salle de la psychomotricité :

Ce dernier peu nous livrer quelques premiers indices concernant la façon dont l'enfant meut et investit l'espace. Pour peu que le lieu ne se trouve pas directement à côté de la salle d'attente, le clinicien pourra porter son attention sur la façon dont il se comportera durant ce temps de transition.

Il arrive que certains enfants, se trouvent véritablement happés par l'espace dessinés par les couloirs et les portes et se mettent à y courir comme s'il n'existait plus aucunes limites.

L'angoisse ressentie par certains enfants ayant accès au langage peut être verbalisée par ces derniers pendant ce même trajet, se fixant sur ce qui serait censé se cacher derrière les autres portes fermées, sur certains détails architecturaux ou bien concernant le mobilier : l'enfant peu par exemple pointer le caractère « bizarre » d'un meuble, se perdre dans des questionnements sans fin concernant le pourquoi de la place d'un objet ou de la présence d'un luminaire, d'un tuyau qui traverse un mur ou d'un radiateur. On peut dès lors trouver dans les préoccupations anxieuses qui accompagnent ces réflexions la trace possible de thèmes rappelant la psychose (sentiment d'étrangeté face au monde extérieur). (Eliane, 2013, P.58)

8-2-L'arrivée dans la salle de la psychomotricité :

Elle est souvent accompagnée d'un puissant mouvement de surprise chez l'enfant, plus habitué à fréquenter les bureaux de consultation classiques qu'une salle plus grande et donnant accès à de nombreux jeux.

Concernant ces jeux et jouets, ils ne manquent pas bien sur d'exercer un puissant attrait sur les enfants quels qu'ils soient : ce fait s'applique bien entendu aussi à la population qui nous concerne et il n'est donc pas rare qu'ils aillent spontanément chercher du matériel plutôt que de venir s'asseoir aux côtés de leurs parents.

Pour notre part, nous ne pensons que la proposition de venir s'installer sur un fauteuil doit être faite mais qu'il est aussi intéressant, peut-être dans un second temps, d'offrir à l'enfant la possibilité d'explorer ce nouvel environnement tandis que nous discutons avec leurs parents. Les jeux rapidement investis et mis en place directement sur le bureau ou non loin de ce

dernier renseignement sur la capacité qu'à ou non l'enfant a mettre en lien certaines activités symboliques avec le discours et la discussion qui se tiennent.

Ainsi on pourra se poser la question de savoir si le jeu auquel il s'adonne ou si le dessin qu'il trace peuvent être mis en relation avec le contenu des échanges qui nous lient aux parents. C'est ici l'activité symbolique du jeu et du dessin qui vient à être convoquée et qui peut d'ordres et déjà être envisagée. Ces premières activités offrent la possibilité de qualifier la façon dont l'enfant peut se détacher de ses parents : joue-t-il tranquillement, semblant pouvoir s'appuyer sur une certaine forme de tranquillité interne qui ne le rend pas pour autant impréalable à ce qui se passe autour ?

Evoquons aussi le cas où la découverte de la salle provoque une certes de sidération muette, qui amène l'enfant à demeurer figé sur sa chaise en observant ce nouvel environnement d'un air terrifié. (Eliane, 2013,P.59)

On déduit alors que le comportement ou l'attention de l'enfant changent d'un environnement à un autre ou bien d'un milieu à un autre, surtout quand il s'agit des espaces de jeux.

9- Période sensible dans le développement psychomoteur de l'enfant :

Le développement moteur et psychomoteur durant les trois premières années traverse plusieurs étapes dont certaines apparaissent comme de véritables périodes sensibles du développement.

En quittant la motrice utérine, le bébé entre soudain dans un univers où il est soumis à de nouvelles conditions de vie :

- La température chute brutalement de 15° environ et il doit maintenir sa thermorégulation.
- Il passe d'une alimentation placentaire passive continue à une alimentation digestive fractionnée.
- L'espace physique augmente.
- Sa sensorialité n'est plus alimentée de la même façon ; le vestibule, la peau sont beaucoup moins sollicités, la musique d'accompagnement qui constituent les stimuli sonores ; bruits intestinaux, bruits du cœur maternel réguliers n'est plus présente, et il est exposé à la lumière. (Vasseur, Delion, 2017, P.35/36)

- Son organisation tonique et posturale doit faire face à de nouvelles contraintes : perte du regroupement qui lui était imposé par la matrice utérine ; perte de l'arrière-fond qui était assuré par les contractions rythmiques du muscle utérin maintenant le regroupement ; perte des limites par absence de contact des extrémités au cours des mouvements spontanés, perte de l'aisance des mouvements dans le liquide amniotique. De plus, l'absence de maintien de la tête ne permet pas aux capteurs sensoriels (vestibule, œil...) de réguler la posture, d'où les angoisses de chute. (Vasseur, Delion, 2017, P.36)

Il faut donc savoir que l'enfant dès sa naissance est confronté à de multiples changements physiologiques mais aussi environnementaux, un petit être qui est habitué durant neuf mois à vivre dans une sorte de bulle est soudainement amené à quitter cette atmosphère familière et vivre à l'air libre et cela engendrera des angoisses chez l'enfant.

Toutes ces expériences que le bébé vit dans son corps sont probablement en grande partie responsables des « angoisses archaïques », appelées aussi par Winnicott « agonies primitives », et décrites comme la sensation de tomber en morceaux, n'avoir aucune relation avec son corps. Elles sont la manifestation d'une expérience que tout bébé connaît temporairement mais que l'on retrouve aussi, envahissant alors tout le champ de la pensée, dans des pathologies graves.

La faiblesse instrumentale du bébé rend le recours au milieu humain nécessaire. C'est probablement au moment où la faiblesse instrumentale est la plus forte que les angoisses archaïques sont aussi les plus fortes.

Contre ces angoisses archaïques, l'enfant dispose d'un équipement très efficace : les comportements d'attachement, véritable réflexe archaïque d'agrippement. Ils ont pour but de rapprocher l'adulte du bébé afin qu'il prenne soin de lui et reste tout près de lui. Ce sont les pleurs, les cris, le babillage, le sourire qui amènent l'adulte vers lui pour des échanges agréables. (Vasseur, Delion, 2017, P.37)

Les angoisses que rencontre les nouveaux nés dès leur venue au monde, qui sont dues aux changements que subissent ces derniers sont des manifestations temporaires mais qui nécessitent un certain équipement pour pouvoir éradiquer ces angoisses, on parle notamment du lien d'attachement qui

relie l'enfant à ses parents, principalement sa maman qui permet de réconforter et rassurer le bébé.

Ce sont aussi les comportements d'orientation avec ajustement tonique et mise en forme posturale de type asymétrique qui favorise l'interaction. Ce n'est pas uniquement par le regard ou les vocalises qu'il s'oriente vers sa maman mais par tout son corps. Le corps garde la mémoire de cette interaction.

L'adéquation des réponses de la personne prenant soin de l'enfant qui réclame attention, accordage affectif, encordage émotionnel, entraîne la disparition des cris et des pleurs et favorise le babillage, le sourire, les comportements d'orientation. L'inadéquation des réponses entraînera des réactions inverses. Ainsi, selon que le milieu dans lequel il évolue est sûr ou insûr, le bébé va pouvoir s'attacher de façon plus ou moins solide. (Vasseur, Delion, 2017, P.38)

En plus du lien d'attachement, les comportements d'orientation qui désignent le processus par lequel les mouvements d'un organisme sont influencés par une stimulation favorise l'interaction avec le milieu humain. Cette interaction accorde à l'enfant un bien être émotionnel, comportementale et favorise de meilleures réactions motrices.

10-Les troubles psychomoteurs :

Les troubles psychomoteurs peuvent être liés à l'environnement, à la pathologie ou à l'âge ; c'est sur cette dernière référence, plus commune pour nous, que nous nous centrons. Elle va être source des entités que nous allons tenter de cerner en particulier chez l'enfant. Il s'agit d'une sémiologie du mouvement, du geste, de la mimique et du regard. Ces désordres psychomoteurs et ces troubles du développement n'obéissent pas pour l'heure à une sémiologie psychomotrice originale, mais à des registres classiques, médical et psychologique, qui limitent notre tentative d'une lecture identitaire marquée. Ainsi que d'autres troubles emblématiques peuvent se manifester tel que le bégaiement, le tic, l'instabilité, l'inhibition et la maladresse. (Ballouard, 2011, P.46-47)

Conclusion :

L'activité motrice de l'enfant est un instrument fondamental pour conquérir son univers. Cet instrument on ne peut pas l'étudier seulement d'un point de vue physiologique, il doit être rattaché à la vie psychique de l'enfant dont les fonctions neurocognitives, sensorimotrices, perceptivo-motrice et praxique... comme on l'a bien expliqué dans le chapitre précédent « La carence affective » qui est un facteur psychologique qui peut influencer sur le côté physiologique de l'enfant.

Le développement psychomoteur chez l'enfant se diffère d'un âge à un autre et d'une manière à l'autre et change au fil du temps comme on l'a expliqué dans notre chapitre par la motricité fine et la motricité globale. De ce fait on comprend que le développement psychomoteur est programmé génétiquement.

Partie pratique

Chapitre III

La méthodologie de recherche

Préambule :

Tout travail d'investigation nécessite une méthodologie qui servira de support, ainsi ce chapitre regroupe toutes les méthodes régissant notre recherche, la méthode de recherche permet de guider et cerner la recherche d'une manière précise sans s'éloigner des objectifs tracés, de ce fait nous allons présenter ci-dessous les points méthodologiques suivants : la pré-enquête, présentation du groupe de recherche, les outils de la recherche, les méthodes utilisées, déroulement de la recherche, présentation du lieu de la recherche puis les difficultés de la recherche et en fin une conclusion du chapitre.

1-La pré-enquête :

Avant d'entamer notre recherche, on a effectuées une pré-enquête sur le terrain pour obtenir des informations préliminaire sur notre sujet d'étude.

La pré-enquête est une étape cruciale la plus importante dans la recherche scientifique elle fait partie des premières étapes d'élaboration d'un travail de recherche elle sert à tracer un portrait du contexte dans lequel s'insérera l'étude, ce qui permet de mieux cibler le projet.

Elle permet de collecter des données sur le thème de recherche, d'établir le premier contact avec la population d'étude afin de sélectionner les plus pertinentes et ceux qui répondent aux critères et aux bases du thème de recherche. (Angers, 2005)

Donc d'après cette définition on peut dire que la pré-enquête a pour objet de se familiariser, de rassembler et de recueillir le maximum d'information sur l'échantillon et sur une population déterminée.

Selon CHAUCHAT .H : la pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre, d'une part les constructions théorique : schémas théorique ou simplement cadre conceptuel selon le cas, et, d'autre part, les faits d'observation » .la pré-enquête est la phase préparatoire de l'enquête, c'est une étape de la recherche des hypothèses possible, mais des hypothèses vérifiable à travers un cadre théorique afin de déterminer nos hypothèses et nos objectifs. (Chauchat,1999, P.63)

Durant la pré-enquête, nous étions obligées de se déplacer à Alger pour chercher un autre foyer pour enfants assistés car les caractéristiques des enfants qui se trouvent au sein du foyer qui se trouve à Bejaia ne correspondent pas à

nos critères de sélection du groupe de recherche. La première fois nous nous sommes présentés au sein de l'établissement pour enfants assistés d'El Biar, on a rencontré la directrice du centre, nous nous sommes présenté autant qu'étudiantes de master 2 et qu'on voulait effectuer notre stage au sein de cet établissement, mais malheureusement elle nous a refusé suite à la non disponibilité d'un psychologue qui devait nous encadrer. Par la suite nous sommes partie à SOS Draria le personnel du centre nous a informé qu'ils n'acceptent plus les stagiaires au sein de leur établissement.

Nous sommes partie une seconde fois sur Alger on s'est directement dirigé au foyer pour enfants assistés qui se situe à Ain Taya, la directrice et la psychologue du centre nous ont reçu, on s'est présenté autant qu'étudiantes de 2^{ème} année master en psychologie clinique, on leur a dicté notre thème de recherche, ainsi les critères d'inclusion de notre groupe de recherche : des enfants âgés de 2 à 3 ans, qui ne présentent aucune maladie et aucun handicap, de différent sexe, de ce fait elles nous ont confirmé la disponibilité de 05 cas qui répondait à nos critères de sélection de notre échantillon de recherche. Puis nous avons fixé la fréquence de deux fois par semaine seulement au sujet de la réalisation de notre stage pour éviter de perturber la vie quotidienne des enfants. Mais avant d'entamer notre stage la directrice nous a demandé de passer à la DAS (direction de l'action sociale) pour avoir un accord afin de réaliser notre enquête sur le terrain.

Cette pré-enquête nous a permis d'examiner les hypothèses de notre problématique, ainsi de vérifier la disponibilité des critères de notre recherche et de confirmer que nos variables peuvent être étudiées avec les enfants, elle nous a aussi aidés à recueillir et à collecter des informations concernant ces derniers.

2-Présentation du lieu de la recherche :

Notre recherche s'est déroulée au sein du foyer pour enfants assistés d'Ain Taya.

L'ouverture de cet établissement s'est réalisée le 01/12/1987 et a ouvert ses portes en 1988, baptisé les frères Filaly en 2017. Il se situe à 35 km de la wilaya d'Alger.

Ce foyer prend en charge tout type de placement effectué par la direction de l'action sociale (DAS) et par voie judiciaire, il accueille les jeunes enfants privés de famille, les enfants de filiation inconnue, également les enfants en

danger moral placés par les jurys des mineurs qui vivent dans des conditions défavorables ; de différent sexe, âgés de la naissance à 06 ans en attente de la Kafala et de 17 ans à 24 ans pour les enfants ayant des handicapes ou maladies chroniques. Ils prennent ces enfants en charge et veille sur leur santé physique et mentale en élaborant un programme diversifier et en fixant des axes médicaux, psychologique et pédagogique, ils célèbrent les fêtes religieuses, ainsi ils font des excursions pour garantir le bien-être et l'épanouissement des enfants, Ce dernier dispose 2 agents de sécurité pour la journée et 04 autres pour la nuit, un chauffeur, 02 psychologues, 17 éducatrices et le médecin.

L'établissement s'étend sur une superficie 4000m² il est répartis en 3 principaux blocs qui représente ; le bloc administratif qui est composé de 08 bureaux (le bureau de la directrice, du secrétariat, de l'économiste, de l'écrivain, du comptable, du médecin et enfin le bureau de la psychologue). Ensuite il y a le deuxième pavillon est consacré pour les enfants handicapés et malades chronique. Le troisième et dernier bloc est destiné aux enfants âgés de la naissance à 06 ans, ainsi la salle de restauration.

Le centre dispose également d'un espace vert avec divers jeux et moyens de divertissements pour garantir un bon équipement aux enfants.

3-Présentation du groupe d'étude et ses caractéristiques :

3-1-la présentation du groupe de recherche :

Notre travail de recherche a été effectué auprès des enfants abandonnés, placés dans l'établissement des enfants assistés d'Ain Taya, nous avons sélectionné une fille âgée de 3 ans et un garçon âgé de 30 mois.

Pour la sélection de notre groupe d'étude nous avons retenu certains critères importants, notamment la sélection d'une tranche d'âge qui ne dépasse pas 3 ans, l'absence de maladie, troubles neurologique ou handicaps pouvant entraver les habilités motrices, l'absence de contact familiale chez nos cas.

3-2- Les caractéristiques du groupe d'étude :

Tableau n°1 : caractéristiques du groupe d'étude

| informations cas | Le genre | Age actuel | Age de placement | Raisons de placement | Type de placement |
|---------------------|----------|---------------|---------------------|---------------------------|----------------------|
| Ikram | Fille | 3 ans | 1 an | Enfant en danger moral | Judiciaire |
| Oussama | Garçon | 30 mois | 1 an | Enfant en danger moral | Judiciaire |

Tableau n°1 :

Ce tableau ci-dessus représente les informations générales de notre groupe d'étude, notre échantillon d'étude qui est composé de deux cas :

Notre premier cas s'agit d'une petite fille que l'on a surnommé « Ikram », âgée de 3ans, placée dans l'établissement des enfants assistés d'Ain Taya à l'âge de 1an suite a la décision d'un juge de mineurs, les raisons de son placement sont du au fait que Ikram était en danger moral, elle vivait dans des conditions morales inadéquates.

Notre deuxième cas s'agit d'un petit garçon que l'on a surnommé « Oussama », âgé de 30mois, placé dans l'établissement des enfants assistés d'Ain Taya à l'âge de 1an suite a la décision d'un juge de mineurs. Les raisons de son placement sont du au fait que cet enfant était en danger moral, il vivait dans des conditions morales inadéquates.

Remarque :

(Afin de respecter l'anonymat et le secret professionnel dans notre recherche, nous avons changé les vrais prénoms des enfants par des surnoms et ce dans le but de respecter la vie privé de ces jeunes enfants)

4-Les méthodes utilisées :

On a opté pour deux méthodes qui sont ; la méthode clinique descriptive et l'étude de cas.

4-1-Méthode clinique descriptive :

La recherche en psychologie clinique vise à fournir des informations et des connaissances fines et approfondies des problèmes de santé psychologique d'une population.

Afin de vérifier et de répondre à nos hypothèses de notre thème de recherche, nous avons adopté la méthode clinique descriptive, ainsi de recueillir des informations d'une manière plus large et moins artificielle on laissant à la personne des possibilités d'expressions, cette méthode refuse d'isoler les informations et tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle.

Selon Castarede « la méthode clinique devra définir son hypothèse de recherche, ses outils méthodologiques, l'échantillon qu'il aura sélectionné. (Castarede, 2003, P.93).

L'objectif de la démarche clinique est de comprendre l'état psychique de l'individu à partir de son histoire arrivant à ses relations actuelles. On s'est basé sur la méthode descriptive, l'intervention en milieu naturel qui tente de donner une image précise d'un phénomène de cause à effet, comme c'est le cas dans la méthode expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois décrire la relation qui existe entre ses composantes. (Chahraoui, Benony, 2003, P.12).

La méthode descriptive nous permettra d'observer et de décrire les comportements et les attitudes des enfants dans le milieu dans lequel ils vivent et donner une explication aux problématiques dont ils souffrent.

4-2-Etude de cas :

On a également utilisé l'étude de cas qui consiste à analyser et observer le cas en profondeur, elle permet d'accroître les connaissances concernant le sujet ainsi de regrouper un nombre de données issus de méthodes différentes (les entretiens, les tests, les échelles, les observations, témoignage des proches...) afin de mieux le comprendre de façon globale.

Selon Chahraoui et Bénony : « L'étude de cas consiste en une observation approfondie d'un individu ou un groupe d'individu, tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet ». (Chahraoui, Bénony, 2003, P14)

« L'observation permet d'étudier les phénomènes cliniques dans leur contexte. L'observation clinique est leur fonction, elle peut consister, soit à mettre à distance l'objet pour recueillir est organiser les données, soit à aménager un espace potentiel pour l'interprétation des phénomènes cliniques ». (Fernandez et catteeuw, 2001, P68)

5-Les outils de la recherche :

Dans toute recherche scientifique, le chercheur doit utiliser certains outils afin d'atteindre les objectifs assignés.

Pour élaborer notre recherche, on a utilisée les outils suivants :

- Un guide d'entretien.
- Une observation clinique.
- Inventaire de développement de l'enfant.

5-1-L'entretien clinique :

On parle d'entretien clinique, après l'observation. L'entretien clinique met en scène deux personnes qui échangent des paroles dans un rapport asymétrique au niveau des attitudes et de la demande.

Selon Chahraoui et Bénony l'entretien clinique est une relation de soin ou d'aide suite à la demande du patient, c'est une communication entre deux interlocuteurs. Son but est de diagnostic dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et de permettre la connaissance du fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. (Chahraoui, Bénony, 2003, P32).

On retient alors que l'entretien clinique est fondamental et indispensable dans toute pratique clinique avec lequel on peut y accéder à des informations subjectives (sentiments, émotions, expériences, histoire de vie et représentations), affirmant la singularité et la complexité du sujet.

L'entretien clinique permet de faire apparaître les éléments remarquables concernant l'individu ou le phénomène en personne, il s'agit d'une situation de

communication entre un clinicien et un patient, une position dite « clinique » qui est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la centration sur le sujet, la neutralité bienveillante, la non-directivité et l'empathie. (Rogers, 1942)

Dans un entretien, il s'agit de donner la parole à l'autre afin de mieux connaître sa pensée, de l'appréhender dans sa totalité, de toucher au vécu de l'autre, à sa singularité, il s'agit de toucher à l'autre dans son historicité.

On déduit alors que la technique d'entretien repose sur la confiance entre le psychologue et le sujet, sur l'interrelation. Il faut savoir écouter l'autre, le respecter. La qualité de l'entretien dépend de cette capacité à établir une relation avec l'autre, à le mettre en confiance.

5-1-1-L'entretien clinique semi-directif :

L'entretien semi-directif se situe entre l'entretien directif et l'entretien non-directif, il est ni totalement fermé, ni totalement ouvert, le chercheur va préparer des questions à l'avance, leur forme et ordre de présentation sont libre qui veut dire que le chercheur va laisser le patient s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre, si le patient sort du sujet dont il est censé parler le psychologue n'hésitera pas à intervenir et le rendre jusqu'au sujet.

L'entretien semi-directif est un entretien qui répond à nos objectifs, ainsi, il se définit comme suit : « un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif, il rend de grand services dans la recherche lorsqu'il faut comparer les d'un échantillon représentatif. (Castarede, 2003, P.93)

En outre l'entretien clinique semi directif est une technique qualitative fréquemment utilisée qui permet de compléter et approfondir des informations déjà recueillis il permet également d'accéder aux représentations les plus personnelles du sujet tel que les croyances, les événements, l'histoire, les conflits et les représentations des sujets, ce type d'entretien permet ainsi de compléter les résultats obtenus en apportant une richesse et une précision plus grande dans les informations recueillies.

Pour Quivy et Campenhoudt c'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche. Pour eux, le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquels il veut obtenir une information. Il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement. Il laisse venir le plus possible l'interviewé pour qu'il puisse parler selon une logique qui lui convient. L'intervieweur pose les questions que l'interviewé n'a abordées de lui-même. (Quivy, Campenhoudt, 1995).

Notre guide d'entretien est composé de trois axes, chaque axe est composé de questions principales en relations avec notre thème de recherche :

Axe 1 : Renseignements concernant les éducatrices/ nourrices.

Axe 2 : Questions concernant l'abandon.

Axe 3 : Renseignements médicaux et antérieurs concernant l'enfant.

Axe 4 : Questions sur les attitudes de l'enfant (questions posées aux éducatrices).

Axe 5 : Informations sur les acquisitions fonctionnelles motrices de l'enfant.

5-2-L'observation clinique :

Selon Ciccone l'observation est une technique directe d'investigation scientifique, elle a pour objet l'étude des êtres vivants et de leurs comportements dans leur environnement quotidien habituel, elle vise une analyse objective, causale et fonctionnelle, de l'évolution des comportements et des relations sociales ». (Ciccone, 2006, P.31)

D'après cette définition on peut donc déduire que l'observation clinique est une méthode indispensable et irremplaçable, elle permet au chercheur de révéler et de percevoir avec attention les phénomènes comportementaux significatifs des enfants, et d'obtenir des informations qu'il n'a pas pu avoir dans le guide d'entretien, on peut dire qu'elle complète le guide d'entretien.

Le projet de l'observation clinique consiste à « relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte ». (Chahraoui et Bénony, 2003)

5-3-L'inventaire du développement de l'enfant (IDE) :

L'IDE est un inventaire fondé sur les observations des parents concernant le développement des enfants âgés de 15 à 72 mois. Il est issu de la version américaine Minnesota Child Development inventory (Ireton et Twing, 1972) et de versions élaborées pour les enfants d'âges plus jeunes (Ireton, 1988a et b).

Le CDI est donc le résultat de 20 ans de recherche et d'expérience clinique menant à la dernière version d'Ireton (1992) qui a servi à cette adaptation Française. Cet inventaire est considéré par Glascoe et Dworkin

(1995) comme étant « le meilleur rapport parental » vu ses qualités à détecter les enfants présentant un retard du développement et ceux n'en présentant pas. (Devenir, 2010-2020)

Ce questionnaire se compose d'énoncés standardisés qui décrivent les comportements des enfants et le parent doit cocher « OUI » ou « NON » à chaque énoncé dans la grille de recueil des réponses, en fonction de ce que fait ou ne fait pas son enfant. La cotation est standardisée, ainsi chaque réponse « OUI » est cotée un point. Les items sont formulés de façon à limiter au maximum les réponses subjectives et interprétatives. Ils concernent des comportements observables de l'enfant.

L'inventaire se compose de 270 items répartis en 8 échelles. Parmi elles, six correspondent chacune à un domaine particulier du développement et deux autres à l'apprentissage de lettres et de nombres. De plus une échelle de développement général de 70 items a été déduite de l'ensemble de 270 items.

Ces 70 items ont été retenus car ils sont les plus discriminants pour qualifier un âge particulier. (Ireton, 1992)

Le matériel du test :

- Un crayon.
- Le questionnaire.

L'inventaire de développement de l'enfant se divise en deux différentes échelles :

Echelle générale :

La version courte ou inventaire de développement de l'enfant, elle a pour but de donner une première appréciation générale d'un retard global de développement de l'enfant. Le temps de remplissage du questionnaire est d'environ 5 minutes. Le retard se traduit en quotient d'âge.

S'il y'a un retard, les réponses de la partie Z peuvent suggérer dans quel(s) domaine(s) ce retard pourrait être plus important.

La consigne :

Les observations des parents sur leurs enfants peuvent apporter des informations importantes sur leur développement. L'inventaire de développement de l'enfant se compose de phrases qui décrivent les activités des jeunes enfants. Vous devez répondre OUI ou NON en fonction de ce que fait effectivement votre enfant. Cet inventaire peut permettre de comprendre son développement et ses besoins.

Instructions :

Vous devez lire attentivement chacune des phrases et cocher la réponse « OUI » « NON ».

➤ **Vous cochez « oui »**

- Si la phrase décrit le comportement actuel de votre enfant.
- Si le comportement traduit ce que votre enfant faisait lorsqu'il était plus jeune, comme babiller ou marcher à 4 pattes, par exemple.

➤ **Vous cochez « non »**

- Si la phrase ne décrit pas le comportement de votre enfant.
- Si le comportement traduit ce que votre enfant commence juste à faire, ou s'il le fait seulement quelquefois.

Ce questionnaire concerne les enfants de 15 mois à 6 ans : il est donc normal, pour les enfants les plus jeunes, de ne pas répondre OUI à toutes les questions.

Lors de la passation, vous pouvez rencontrer des difficultés de lecture ou de compréhension. Dans ce cas, n'hésitez pas à demander plus d'information à votre médecin, au psychologue ou à la personne qui vous a remis le questionnaire.

De plus pour les enfants de moins de 3 ans, ne répondez pas à la partie D.

Les instructions du dépouillement sont les suivantes :

➤ **Quotient d'âge :**

Consigne pour la correction :

- 1- Faire remplir le questionnaire par les parents. Pour les enfants de moins de 3 ans ne pas remplir le D.

- 2- Coter 1 point pour chaque oui, ne pas inclure les questions de E concernant les inquiétudes.
- 3- Faire la somme puis reporter le score sur l'échelle d'âge ci-contre : ceci vous donne l'âge du développement de l'enfant. (le 5 après la virgule indique un demi-mois).
- 4- Faire le quotient d'âge(QD) :
Age de développement/ âge chronologique*100.
- 5- Si le quotient d'âge (QD) est inférieur à 85 :
Faire remplir le questionnaire (IDE) échelle complète, ou proposer la consultation d'un spécialiste.
Un QD égal ou supérieur à 125 correspond à un QD surévalué par les parents ou à un enfant très en avance dans son développement.
De plus, après 60 mois, les QD<85 sont fiables ; mais pour les QD>100 l'erreur de mesure peut être importante.

Âges de référence :

A = 1 an à 1 an et 11 mois- 18 questions

B = 2 ans à 2 ans et 11 mois- 19 questions

C = 3 ans à 3 ans et 11 mois- 17 questions

D = 4 ans à 5 ans et 11 mois- 16 questions

Z correspond à une évaluation qualitative (questions 2 à 10 PEDS).

Domaines de développement :

(SO) : échelle sociale.

(AU) : échelle d'autonomie.

(Mg) : échelle motrice globale.

(MF) : échelle motrice fine.

(LEX) : échelle d'expression du langage.

(LCO) : échelle de compréhension de langage.

(LE) : échelle d'apprentissage des lettres.

(NBRE) : échelle d'apprentissage des nombres.

➤ **Seuils de risque :**

- 1- Faire remplir le questionnaire **IDE**- échelle générale par les parents. Pour les enfants de moins de 3 ans ne pas remplir le D.
- 2- Coter 1 pour chaque OUI ; ne pas inclure les questions de E concernant les inquiétudes.
- 3- Faire la somme-Total =
- 4- Entourer l'âge de l'enfant dans la colonne Age chrono (chronologique)
- 5- Si le score obtenu est inférieur ou égale au nombre correspondant de la colonne HR :
 - Faire remplir le questionnaire IDE- profil complet,
 - Ou proposer la consultation d'un spécialiste.

Âges de référence :

A = 1 an à 1 an et 11 mois- 18 questions

B = 2 ans à 2 ans et 11 mois- 19 questions

C = 3 ans à 3 ans et 11 mois- 23 questions

D = 4 ans à 5 ans et 11 mois- 10 questions

Z correspond à une évaluation qualitative (questions 2 à 10 PEDS).

Domaines de développement :

(SO) : échelle sociale.

(AU) : échelle d'autonomie.

(Mg) : échelle motrice globale.

(MF) : échelle motrice fine.

(LEX) : échelle d'expression du langage.

(LCO) : échelle de compréhension de langage.

(LE) : échelle d'apprentissage des lettres.

(NBRE) : échelle d'apprentissage des nombres.

Graphique des seuils de risque :

- 1- Faire la somme des réponses OUI au questionnaire (1 point par OUI).
- 2- Faire une croix à l'intersection de l'âge et du score de l'enfant :
 - Si la croix est sur ou en dessous de la ligne inférieure, l'enfant est à très haut risque de retard du développement(HR).
 - Si elle est entre deux lignes inférieures, l'enfant présente un risque de retard(R).
 - Si elle est sur ou au dessus de la ligne supérieure, soit les réponses des parents sont surévaluées, soit l'enfant a une très grande avance dans son développement(SA).

Echelle complète :

La version courte ou inventaire de développement de l'enfant, permet de préciser dans quel(s) domaine(s) de développement le retard apparaît. Chaque feuillet correspond à une tranche d'âge de référence nommée AP, A, B, C, D, E et F. Les domaines de développement sont identifiés et séparés les uns des autres dans chaque tranche d'âge par les sigles SO, AU, MG, MF, LEX, LCO, LE et NBRE.

La consigne :

Les observations des parents sur leurs enfants peuvent apporter des informations importantes sur leur développement. L'inventaire de développement de l'enfant se compose de phrases qui décrivent les activités des jeunes enfants. Vous devez répondre OUI ou NON en fonction de ce que fait effectivement votre enfant. Cet inventaire peut permettre de comprendre son développement et ses besoins.

Instructions :

Vous devez lire attentivement chacune des phrases et cocher la réponse « OUI » « NON ».

- **Vous cochez « oui »**
 - Si la phrase décrit le comportement actuel de votre enfant.
 - Si le comportement traduit ce que votre enfant faisait lorsqu'il était plus jeune, comme babiller ou marcher à 4 pattes, par exemple.

➤ **Vous cochez « non »**

- Si la phrase ne décrit pas le comportement de votre enfant.
- Si le comportement traduit ce que votre enfant commence juste à faire, ou s'il le fait seulement quelquefois.

Ce questionnaire concerne les enfants de 15 mois à 6 ans : il est donc normal, pour les enfants les plus jeunes, de ne pas répondre OUI à toutes les questions. Lors du remplissage, vous pouvez rencontrer des difficultés de lecture ou de compréhension. Dans ce cas, n'hésitez pas à demander plus d'information à la personne qui vous a donné ce questionnaire.

De plus pour les enfants de moins de 3 ans, ne répondez pas à la partie D.

Les instructions du dépouillement sont les suivantes :

➤ **La version détaillée :**

Dans le cas où le quotient d'âge à l'échelle générale est < 85 ; faire remplir le questionnaire complet (soit les 7 parties). Certains parents peuvent avoir besoin d'aide : vous ou une personne de votre service pouvez les aider à comprendre les questions qui leur posent problème, le remplissage individuel demande environ 20 minutes ; avec une aide, il nécessite environ 30 minutes.

Analyse des scores et construction des profils :

1-Sommez le nombre de oui dans toutes les parties (AP, A, B,...) de chacun des domaines ou du domaine qui vous intéresse.

2-Entourez le nombre correspondant à la somme obtenue dans la ou les colonnes des domaines choisis sur le profil ci-contre.

3-Tracez le profil obtenu en réunissant les points de chaque colonne.

4-Tracez une ligne horizontale correspondant à l'âge chronologique de l'enfant, en vous reportant aux colonnes « âges ».

5-Tracez une ligne THR en dessous de laquelle l'enfant sera à Très Haut Risque de retard : elle correspond à l'âge obtenu en prenant l'âge chronologique de l'enfant*0,70.

6-Tracez une ligne HR correspondant à un haut risque de retard. Pour l'obtenir prenez l'âge chronologique*0,85.

La position des scores obtenues en dessous des lignes THR et HR vous indique dans quel (s) secteur (s) l'enfant est le plus déficitaire.

7-Concernant le score de développement général, summez tous les OUI aux questions en gras dans toutes les parties du questionnaire et entourez le nombre obtenu dans la colonne DEV.

Vous pouvez voir si ce niveau se trouve en dessous des lignes de Haut Risque ou de Très Haut Risque de retard.

8-Score et âge :

Pour un score donné vous pouvez lire dans la colonne « âge », l'âge de développement de l'enfant.

Exemple :

Un enfant ayant 52 points dans la colonne DEV a un âge de développement général de 40 mois.

1- Quotient général de développement :

Il correspond à l'âge de développement (colonne DEV) divisé par l'âge chronologique multiplié par 100.

Nous vous conseillons cependant de vous reporter à la feuille Quotient d'âge-échelle générale qui est plus précise.

➤ La version simplifiée :

Dans le cas où le quotient d'âge à l'échelle générale est >85 mais que l'enfant vous semble en retard dans un des domaines de développement, vous pouvez utiliser une méthode plus rapide ; ne faire remplir que 4 parties, celles qui correspondent à l'âge de l'enfant, à la tranche d'âge supérieure et aux deux tranches d'âge inférieures. (Ireton, Glascoe,2008).

6-Déroulement de la recherche :

En ce qui concerne la partie théorique nous avons pris un peu de temps pour recueillir et rassembler dans les ouvrages et les revues un ensemble de données afin de commencer nos chapitres théoriques.

Pour la partie pratique notre recherche s'est déroulée au sein de l'établissement pour enfants assistés d'Ain Taya. Les personnels de cet

établissement nous ont très bien accueillis, la première fois nous avons effectué l'entretien clinique avec deux éducatrices concernant le premier cas elles nous ont pratiquement répondu sur toutes les questions. Le deuxième jour nous avons trouvé deux autres éducatrices car elles faisaient une rotation chaque deux jours pour s'occuper des enfants elles nous ont ainsi répondu sur toutes les questions.

Mais malheureusement à cause du covid19 nous n'avons pas pu achever notre enquête sur le terrain.

7-Les difficultés de la recherche :

Comme dans toute élaboration de recherche plusieurs étudiants rencontrent certaines difficultés dans différents axes, pour nous on a rencontrées pas mal de difficultés surtout dans le cadre de la pratique, mais ces difficultés ne nous ont pas empêchées à la réalisation de notre recherche.

7-1-Les difficultés d'ordre théoriques :

Dans le cadre de la théorie la seule difficulté qu'on a rencontrées était la non disponibilité des ouvrages au sein de notre bibliothèque et sur internet en ce qui concerne le premier chapitre « la carence affective », ainsi le chapitre méthodologique à cause du confinement on n'a pas pu se déplacer à l'université pour nous procurer les ouvrages dont on avait besoin.

7-2- Les difficultés d'ordre pratique :

La non disponibilité des cas ayant la tranche d'âge de 2 à 3 ans au sein de l'établissement pour enfants assistés de Bejaia et l'obligation de se déplacer sur Alger et de chercher d'autres foyers pour enfants assistés.

La crise sanitaire (covid19) qui a touché le pays s'avère être la difficulté majeure qui nous a empêchés d'effectuer le reste de notre recherche sur le terrain. De ce fait nous avons pu que faire deux séances, là où a eu les caractéristiques de seulement deux enfants, les informations concernant le centre, ainsi l'effectuation de l'entretien avec les éducatrices ; malheureusement nous n'avons pas pu continuer le guide d'entretien pour les trois autres enfants, ainsi la réalisation de l'observation et la passation du test pour tout les enfants.

Conclusion :

Toute recherche scientifique nécessite d'utiliser des procédures méthodologique afin de bien mener la recherche.

Cette démarche nous a permis de bien élaborer notre recherche étape par étape la méthode clinique qu'on a adoptées et l'ensemble des outils de recherche utilisés qui sont le guide d'entretien, l'observation clinique et l'inventaire de développement de l'enfant nous ont permis de rassembler des données sur nos sujets de recherche.

Chapitre IV

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule

Nous allons dans ce chapitre, présenter et analyser les résultats que nous avons obtenus dans l'entretien de recherche et les observations, pour pouvoir ensuite discuter et vérifier nos hypothèses.

1-Présentation et discussion des résultats :

1-1-Premier cas « Ikram » :

1-1-1-Présentation du premier (01) cas « Ikram » :

Ikram est un jeune enfant âgée de trois ans, placée dans l'établissement pour enfants assistés d'Ain Taya wilaya d'Alger, à l'âge d'un an. Son placement a été décidé suite aux procédures administratives et par décision du juge de mineurs via une ordonnance de placement provisoire.

1-1-2-Présentation et discussion de l'entretien clinique semi-directif :

Notre entretien a débuté avec le jeune enfant Ikram par la prise de contact préliminaire en essayant de tisser un lien de confiance et instaurer un climat favorable avec elle pour qu'elle puisse parler paisiblement. Néanmoins on n'a pas pu discuter longuement avec elle car elle ne voulait pas le faire et dans les rares moments où elle répondait c'était de manière brève et avec des mimiques, notamment en lui demandant en dialecte algérois « 3ejbek lhal hnaya ? ». (Est ce que tu t'y plais ici ?), elle a répondu en hachant la tête de gauche à droite façon de dire « non ». On lui a ensuite demandé qu'elle est la personne que tu aimes le plus ici ? « chkoun thab bzzaf hnaya ? ». Elle ne répondait pas.

Après plusieurs tentatives de prise de contact c'était toujours voué à l'échec, à un âge aussi jeune, Ikram a du mal à entretenir une discussion. Donc on a poursuivi l'entretien avec deux éducatrices qui s'occupent des enfants, notamment Ikram, elles ont immédiatement accepté puis nous avons fixé un rendez-vous le jour même où on a eu leurs accords, elles ont coopéré en répondant de manière honnête, elles nous ont dit qu'elles comprennent bien la langue française mais en revanche ne s'expriment pas bien avec.

Ainsi, on s'est intéressé au préalable aux points qui concernent le personnel de la pouponnière, plus particulièrement les éducatrices dans le but de cerner le climat et l'entourage dans lequel vivent les enfants.

Nous avons d'abord parlé sur les conditions qui doivent être réunies pour exercer ce métier, selon elles ; il fallait impérativement avoir un diplôme d'éducatrice d'enfants, acquérir des connaissances en perliculture et ne pas avoir des antécédents judiciaires, et ce a fin d'assurer leurs rôle le plus bien possible envers les petits c'est-à-dire de les éduquer, les nourrir de prendre soins d'eux. Puis nous leurs avons parlé du besoin affectif, elles ont répondu en disant : « Nbdlou koul youmin l'équipe de garde m3a les collègues ta3na, donc hadouk drari ma3ndhomch ghir whda li tklaf bihom fi kol waqt, des fois ybkiw wytlbou whda mena spécialement, balak hadchi yaathar 3lihom mais nssiyiw nmdoulhom lhanan w nrasuriwhom ». (nous faisant la rotation chaque deux jours avec nos collègues, les enfants n'ont pas une seule personne qui s'en occupe deux à tout moment, parfois ils pleurent en demandant spécialement l'une d'entre nous, cela les perturbe surement mais on essaye de leurs donner de l'affection et de les rassurer), en parlant des circonstances de travail quels sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien ?, l'une d'entre elles nous a répondu en disant : « Nqoulelkoum la verité makanch probleme kbir wela noqss f le matériel, hamdoullah kayen koulech f had l'établissement kayen al al3ab, des habilles, wassail al tarfih w bezzaf hwayej wahdokhrin bach ntklfou bihom bien , besah personnellement 3ndi ghir wahed le problème, souvent drari ykounou mqlqin w ybkou même ki ntklfou bihom bien donc nlqa sou3ouba bach nkalmihom ». (Pour vous dire la vérité il n'y a aucun problème grave ou une indisponibilité matériels, hamdoullah il y a vraiment tout dans cet établissement par exemple des jouets, des habilles, des moyens de divertissements et beaucoup d'autres choses pour pouvoir bien s'occuper des petits, mais le seul problème que je rencontre personnellement c'est le fait que les enfants sont souvent agités ils pleurent même quand on s'est bien occupé d'eux donc je trouve des difficultés a les calmer), sa collègue confirme ces dires en disant « oui c'est vrai ».

En leurs posant la question sur les circonstances de l'abandon des enfants elles disaient : «had la question manqdrouch nripondiw 3liha parceque koul wahed wach yqoul donc sqssiw khir la directrice ». (On ne peut pas répondre à ces questions car chacun donne une version, donc il vaut mieux demander à la directrice.)»

Après environ 45minutes de discussion, les éducatrices se sont excusées en disant « smhoulna lazem nrouhou nkmlou notre travail ». (Nous sommes

désolé nous devons reprendre notre travail », ce qui nous a incité à reporter l'entretien de manière à reprendre là où nous nous sommes arrêtés le lendemain.

En terminant le premier axe qui est destiné aux éducatrices, on a franchi le deuxième axe de l'entretien. La directrice de l'établissement nous a reçus, en nous consacrant un laps de temps afin de parler sur la conjoncture de l'abandon des enfants, elle disait : « chaque enfant dans cet établissement a une histoire propre à lui-même, concernant Ikram les raisons de son placement connues, il s'agit d'un enfant en danger moral elle vivait dans des circonstances inappropriées et négligée », elle nous a également informé qu'elle n'a aucun lien avec sa famille puisque ils les connaissent même pas et jusqu'à présent ils n'ont reçu aucune visite de la part de sa famille.

Concernant les antécédents médicaux de Ikram nous avons directement demandé son carnet de santé afin de vérifier son état de santé, cela nous a permis de collecter toutes les informations médicales nécessaires, d'après les informations requises Ikram est née d'une grossesse à terme son poids de naissance est de 3kg dans les normes, nous avons également demandé aux éducatrices de nous parler sur l'état physique et mental de Ikram, l'une d'entre elles a répondu en disant : « Ikram ma3ndha hta problème physique wela 3aqli, bsah tbanli rqiqa w d3ifa par rapport l drari li fi 3omrha ». (Ikram ne présente aucun problème physique ou mental, mais je remarque qu'elle est maigre et fragile par rapport aux enfants de son âge » puis l'autre nous confirme que effectivement elle est un peu plus fragile que la plus part des autres garçons en nous disant : « sah Ikram d3ifa chwiya par exemple ki tl3ab m3a drari w tejri tetih bezzaf ». (C'est vrai, Ikram est un peu fragile, par exemple quand elle joue avec les autres enfants et qu'elle court elle tombe souvent par terre.), ainsi d'après les révélations précédentes, ce jeune enfant ne souffre d'aucun handicap ni de retard mental.

Par la suite, nous sommes passés vers un autre axe qui englobe les attitudes de l'enfant et cela en s'intéressant aux différentes circonstances qu'il rencontre. Nous en avons discuté avec les éducatrices. En leurs a dit : « Ikram demande-t-elle régulièrement celle qui s'en occupe d'elle ? », elles disaient qu'elle demande toujours de l'attention, à tout moment notamment à son réveil, lors du repas etc. à propos du goût d'exploration chez Ikram, elles nous ont répondu par : « mathebch tbouji bezzaf, mdari tched placa whda w tl3eb b les jouets, bsah mathbch tdour bezzaf f jerda wela f les autres chambres, w ghir tchoufna tji l3ndna bach nrfdouha w ndiroulha des calins tbghi bezzaf ». (Elle ne

bouge pas trop, elle reste souvent dans une place en jouant avec des jouets mais elle n'aime trop se balader dans le jardin ou dans les autres chambres et dès qu'elle nous voit, elle demande souvent qu'on lui fasse des câlins et qu'on la porte. elle aime vraiment ça). Après nous avons discuté sur ses comportements avec les autres enfants, elles disaient qu'elle n'est pas trop sociable, elle ne côtoie pas souvent les autres enfants et que dans les rares moments où elle le fait elle se bagarre avec eux pour des jouets.

À-propos de son sommeil, les éducatrices affirment qu'elle a un sommeil agité en disant : « ya rebbi ! rgad ta3ha s3ib bezzaf, w zid tnod bzzaf f lil w tbki. Rgad ta3ha mqleq ki tji tergoud tthrek bezaf f lfrach men la gauche l la droite hta tji whda mena tryah qoudamha w tkarissiha hadchi y3awnha bach terqod ». (Mon dieu ! elle a un sommeil difficile et en plus elle se réveille souvent la nuit et pleure. Elle a un sommeil agité, quand elle s'apprête à dormir elle bouge à plusieurs reprises de gauche à droite jusqu'à ce que l'une d'entre nous s'assoit devant elle la caresse, cela l'a aidé à dormir). Elles nous ont également informées qu'elle éprouve généralement des signes de colère et de tristesse en pleurant, en faisant la tête parfois même ça lui arrive de crier de manière forte et concernant l'absence de ses parents elle est à un âge où elle ne comprend pas vraiment mais elle le ressent sans doute. Puis nous leur avons demandé de nous en parler sur ses comportements au sein de l'établissement, elles disaient : « machi bezzaf nachita, w zid tdabezz bzaf m3a drari, mais m3ana hna les educatrices tji bzaaf l 3endna w hnina ». (Elle n'est pas trop active et elle se chamaille trop avec les autres enfants par contre avec nous les éducatrices elle vient souvent vers nous et elle est douce avec nous).

Quant au dernier axe qui inclut les acquisitions fonctionnelles motrices, nous étions informées que Ikram a fait ses premiers pas à l'âge de 13 mois, selon les éducatrices elle a du mal à marcher, qu'elle se bascule souvent sur les côtés et lorsqu'elle court elle tombe à plusieurs reprises elle lorsqu'elle joue avec un ballon elle n'a pas un bon équilibre.

Par rapport à la coordination de ses gestes et au maintien des objets, elles disaient qu'elle est un peu malhabile en disant qu'elle renverse souvent son bol de lait, qu'elle arrive à tenir des objets mais en revanche les manipule d'une manière un peu rigide sans souplesse. Lors du repas elle essaye d'utiliser la cuillère, elle y arrive mais avec un peu de difficulté.

On leurs a ensuite posé une dernière question en disant : « décrivez-nous les habilités de l'enfant lors des travaux manuels », elles ont répondu comme cela : « Ikram thab bezzaf tdir al achghal al yadawiya, bsah ki tdissini par exemple telqa chwiya sou3ouba, ki nqouloulha terssam tfal terrasmou bsah tdghat bezzaf 3la le crayon w tboujih chwiya b sou3ouba kima ki tched lmqass tkhdem bih w tqta3 el werqa mais tlqa bezzaf sou3oubat ». (Ikram aime faire des travaux manuels, mais quand elle dessine par exemple elle trouve un peu de difficulté à le faire notamment quand on lui demande de dessiner un enfant elle a tendance à appuyer fort sur le crayon et le manipule avec une certaine difficulté, même en utilisant un ciseau elle arrive à découper un bout de papier mais avec beaucoup de difficultés».

D'après les révélations des éducatrices concernant les habilités motrice de Ikram, il s'avère qu'elle arrive à réaliser certaines tâches manuelles mais avec des difficultés de manipulation.

1-1-3-Synthèse du premier (01) cas « Ikram » :

En se référant aux résultats obtenus de l'entretien clinique et en s'appuyant sur notre documentation, on constate Ikram présente certains signes de carence affective par le fait qu'elle est en recherche constante de l'attention, en demande récurrente de l'affection et présente des problèmes alimentaires, des difficultés d'endormissements et du fait qu'elle manifeste des caractères d'agressivité.

Ainsi, Ikram est un jeune enfant très affectueuse, en revanche elle manifeste des attitudes agressives lorsqu'elle n'est pas au centre de l'attention. Elle présente également une irritabilité intense quand on n'assouvit pas ses désires d'affection et d'attention, elle est aussi en rivalité avec les autres enfants concernant ses éducatrices, qui s'avère être des symptômes de la carence affective.

Les résultats obtenus de l'entretien clinique, démontrent également que ses acquisitions fonctionnelles motrices ne sont pas adéquates avec son âge, nous avons constaté que certains de ses comportements moteurs sont faibles comparés aux enfants de son âge, notamment concernant sa locomotion, elle tombe souvent par terre quand elle court, Ikram n'a pas un bon équilibre notamment lorsqu'elle joue au ballon contrairement aux enfants de son âge. Quant à sa motricité fine on remarqué que ses habilités manuelles ne sont pas

subtiles, elle présente une difficulté concernant le maintien et la manipulation des objets lors des séances de travaux manuels.

1-2-Deuxième cas « Oussama » :

1-2-1-Présentation du deuxième (02) cas « Oussama » :

Oussama est un petit garçon âgé de 30 mois, placé au foyer des enfants assistés d'Ain Taya wilaya d'Alger à l'âge d'un an. Son placement été décidé suite à la décision du juge des mineurs via une ordonnance de placement provisoire.

1-2-2-Présentation et discussion de l'entretien clinique semi-directif :

Lorsqu'on s'est présenté au foyer on a trouvées deux éducatrices qui s'en occupaient des enfants, on leurs avaient demandées si elles acceptent de répondre aux questions qui figurent dans notre guide d'entretien vu que les enfants sont jeunes donc ils ne peuvent pas répondre aux questions. Elles ont acceptées sans aucun problème ainsi qu'elle nous ont facilitées la tache en répondant avec la langue française.

On a commencé par poser la première question on leurs demandant si elles avaient reçu une formation d'éducatrice d'enfants, elles ont répondu par « Oui », puis on a eu l'affirmation de leurs part quelles procèdent au changement d'enfants une fois par deux jours on nous expliquant qu'elles font une rotation avec deux autres collègues chaque deux jours. En revanche elles assurent le bien-être des enfants on réalisant toutes leurs taches quotidiennes nécessaires : on leurs donnant a manger, a faire leurs toilettes, on leurs changeant leurs habilles... mais en ce qui concerne le besoin affectif elles ont éclaircies ce point on nous disant : « Ecoutez, là ce n'est pas vraiment le cas on ne pense pas qu'on assure pas réellement ce besoin car nous sommes quatre , nous et les deux autres avec lesquelles on change les groupes de garde chaque deux jours donc c un peu difficile d'accomplir un besoin pareil et de leurs donner l'affection qui leurs faut comme une vrai maman vers son enfant et de s'attacher l'un envers l'autre vous comprenez ?! ». Elles nous préviennent aussi qu'elles ne rencontrent absolument pas de problèmes de contacte avec Oussama.

On terminant le premier axe qui est destiné aux éducatrices en a franchis le deuxième axe de l'entretien, la directrice de la pouponnière nous a données quelques informations à propos de l'histoire personnelle d'Oussama qu'il est

placé dans ce foyer à l'âge d'un an suite à la décision du juge des mineurs car c'était un enfant en danger moral.

Concernant les antécédents médicaux d'Oussama d'après son carnet de santé il ne s'agit pas d'un enfant prématuré, le mode d'accouchement était normal et il ne présente aucun handicap, aucun trouble mental à propos du poids il était à 3kg.

On a voulu savoir aussi l'attitude de cet enfant s'il demandait sa figure maternelle qui est sa nourrice bien sur, elles ont répondu ainsi : « oui, généralement c'est quand il veut dormir, ou quand il pleur par exemple si un autre enfant le frappe il vient directement vers nous puis on le prend dans nos bras on le caresse et le réconforte puis il se calme ».

Les nourrices décrivent Oussama comme un enfant très calme et sage qui aime jouer avec les autres enfants, et même il partage ses jouets avec eux. Concernant son sommeil il dort facilement sans aucun problème sauf s'il est malade ou il veut boire, manger, il se réveille.

Ensuite on leurs avaient dit : « Epreuve t-il des sentiments de détresse notamment des pleurs récurrent, une irritabilité ou d'autres signes de mal être ? », elles nous ont répondu : « Boof là c'est comme on vous a dit tout à l'heure, il pleur quand un autre enfant le frappe, quand il tombe ou du moment qu'il a faim comme chaque enfant quoi ! Mais en revanche c'est un enfant très anxieux, par exemple quand il se retrouve face aux gens qu'il ne connaît pas il commence à paniquer »

Et pour cette question s'il ressent l'absence de ses parents on ne sait pas trop vu qu'il est encore jeun, il ne peut pas parler et s'exprimer pour savoir s'il le ressent vraiment. A l'intérieur de la pouponnière il se comporte comme tout les autres enfants et lui il est calme, gentil, généreux.

Quant aux acquisitions fonctionnelles motrices d'Oussama on a eu l'affirmation des éducatrices qu'il a commencé à faire ses premiers pas à l'âge de 14 mois, il avait vraiment du mal à se tenir debout et à marcher facilement comme les autres, à chaque fois qu'il essayait de se lever à l'aide des éducatrices ou à l'aide d'une table ou autre chose qui allait l'aider il échouait à chaque fois.

Par rapport aux maintiens des objets elles nous ont dit ainsi : « il ne satisfait pas aussi ce point il tient mal les objets on lui donnant par exemple un bout de pain il le lâche et surtout en ce qui concerne les cuillères, les stylos le

pauvre il ne les tiens jamais ils tombent de ses mains tout le temps, contrairement aux autres enfants de son âge, même lors des séances de dessins il n'y participe pas il n'arrive pas à dessiner car il n'arrive pas à manipuler le crayon sauf quand on l'aide».

On leur a ensuite posé la dernière question qui figure dans notre guide d'entretien en leur disant : « est ce qu'il arrive à couper du papier avec des ciseaux sans nécessairement couper droit ? » elles nous ont dit « Alors là ça, il n'arrive pas à réaliser ces tâches là comme on vous a dit tout à l'heure un stylo il n'arrive pas à le tenir correctement, vous voyez à peu près ce qu'on veut dire ».

1-2-3-Synthèse du deuxième (02) cas « Oussama » :

En s'appuyant sur la documentation et sur le contexte théorique concernant la carence affective de nombreux caractères et comportements d'enfants peuvent être les symptômes de la carence affective.

À travers les résultats obtenus de l'entretien clinique, Oussama présente certains symptômes de la carence affective et cela par le fait qu'il cherche de l'affection envers ses nourrices et envers les autres enfants, il manifeste également de l'anxiété et le manque d'interaction sociale nous avons également constaté que c'est un enfant très calme, sage, sensible, peureux qui se méfie des étrangers.

En deuxième lieu nous avons remarqué qu'Oussama présente des déficits de motricité, notamment concernant les habiletés manuelles tel que le maintien des objets, par le fait qu'il ne tiens pas bien les choses comme les stylos, les cuillères... ainsi qu'il a du mal à se tenir debout et qu'il marche doucement et lentement par crainte de tomber.

2-Discussion des hypothèses :

Dans cette partie de notre quatrième chapitre, nous allons discuter nos hypothèses pour pouvoir répondre aux questions de notre problématique et ce dans le but d'affirmer ou d'infirmer les deux hypothèses partielles que nous avons formulées et avancées précédemment au commencement de notre travail.

Afin de répondre à nos questions de recherche et vérifier nos hypothèses, nous avons prévu d'utiliser un entretien de recherche semi-directif, une grille

d'observation et l'inventaire du développement de l'enfant (IDE) pour mesurer le développement moteur des ces derniers. Cependant, à cause de la crise sanitaire qui a touché notre pays nous n'avions pas pu utiliser l'intégralité des outils cités précédemment, nous étions astreintes à effectuer uniquement l'entretien de recherche. Donc nous allons discuter nos hypothèses en se référant seulement aux résultats obtenus de l'entretien.

Hypothèse N°1 : les enfants carencés affectivement développent des problèmes sur le plan de la motricité fine notamment l'évolution graphique et les habilités manuelles comme la manipulation des objets.

Pour vérifier cette première hypothèse, nous nous sommes servis de l'entretien de recherche.

On commençant par notre premier cas « Ikram », les résultats acquis via son entretien de recherche démontrent que cette dernière souffre d'une carence affective du fait qu'elle est en demande constante de l'affection et de l'attention cela est prouvé par les dires de l'éducatrice indiqué par ses réponses durant l'entretien en disant : «elle demande souvent qu'on lui fasse des câlins et qu'on la porte. Elle aime vraiment ça ». Et la présence de certains signes cliniques de la carence affective notamment des problèmes alimentaires, des difficultés d'endormissement, l'agressivité et l'irritabilité. Les données recueillis de l'entretien prouvent également que ikram présente des problèmes sur le plan des acquisitions fonctionnelles motrices concernant la motricité fine par le fait qu'elle manifeste des difficulté de maintien des objets et de manipulation de ces derniers et une faible coordination des mains cela est prouvé par les déclarations de l'éducatrice a travers son discours : « Ikram aime faire des travaux manuels, mais quand elle dessine par exemple elle trouve un peu de difficulté à le faire notamment quand on lui demande de dessiner un enfant elle a tendance à appuyer fort sur le crayon et le manipule avec une certaine difficulté, même en utilisant un ciseau elle arrive à découper un bout de papier mais avec beaucoup de difficultés».

Pour le cas d'Oussama, les résultats de l'entretien prouvent la présence d'une carence affective chez ce dernier et cela par le fait qu'il manifeste certains symptômes de la carence affective tel que la demande de l'affection, l'anxiété, le manque d'interaction social et le manque de confiance envers les autres, cela est prouvé a partir des discours tenu par l'éducatrice lors de l'entretien. Les résultats de l'entretien affirment également que les capacités motrices d'Oussama ne sont

pas adéquates avec son âge, ses habilités motrices fines ne sont pas conformes avec son âge, notamment concernant ses habilités manuelles, il a des difficultés à manipuler des objets, il n'arrive pas à dessiner cela est décelé à travers les dires de l'éducatrice en disant : « il tient mal les objets on lui donnant par exemple un bout de pain il le lâche et surtout en ce qui concerne les cuillères, les stylos le pauvre il ne les tiens jamais ils tombent de ses mains tout le temps, contrairement aux autres enfants de son âge, même lors des séances de dessins il n'y participe pas il n'arrive pas à dessiner car il n'arrive pas à manipuler le crayon sauf quand on l'aide »

D'après l'analyse du contenu de l'entretien des deux cas « ikram » et « oussama », on peut dire que les enfants carencés affectivement développent des problèmes sur le plan de la motricité fine notamment l'évolution graphique et les habilités manuelles comme la manipulation des objets. En se référant aux deux cas, ces derniers souffrent d'une carence affective qui se différencie d'un cas à un autre sur le plan sémiologique, ils présentent également des retards et des problèmes concernant leurs motricités fines ce qui confirme donc notre hypothèse.

Hypothèse N° 2: les enfants carencés affectivement ont des problèmes de locomotion notamment la marche.

Pour vérifier cette deuxième hypothèse, nous nous sommes servis de l'entretien de recherche.

Concernant le premier cas « Ikram », d'après les informations rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, notre sujet présente des symptômes de la carence affective qui s'avère être : la demande récurrente de l'affection, l'impulsivité, l'agressivité et l'irritabilité, des problèmes alimentaires et des troubles de sommeil qui sont mentionnés dans la discussion de l'entretien. Les résultats obtenus de l'entretien clinique semi-directif démontrent également que les capacités motrices d'Ikram ne sont pas adéquates à son âge, ses habilités motrices globales ne sont pas conformes aux normes, elle présente un retard affectant sa motricité globale concernant la locomotion notamment la marche, cela est prouvé par la présence de certains signes qui s'avère être : des difficultés de marche et un mauvais équilibre. Nous avons constaté cela à partir de ce qui a été dit par l'éducatrice en affirmant qu'elle a du mal à marcher, qu'elle se bascule souvent sur les côtés et lorsqu'elle court elle tombe à plusieurs reprises elle lorsqu'elle joue avec un ballon elle n'a pas un bon équilibre.

Pour le deuxième cas « Oussama », d'après les informations assemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, notre sujet présente des symptômes de la carence affective qui s'avère être : la demande récurrente de l'affection, l'anxiété, le manque d'interaction social cela est confirmé à partir des résultats obtenus de l'entretien. Les résultats obtenus de l'entretien clinique semi-directif démontrent également que les capacités motrices d'Oussama ne sont pas adéquates à son âge, ses habilités motrices globales ne sont pas conformes aux normes, elle présente un retard affectant sa motricité globale concernant la locomotion notamment la marche, cela a été confirmé par les dires de l'éducatrice, en disant qu'il avait vraiment du mal à se tenir debout et à marcher facilement comme les autres, à chaque fois qu'il essayait de se lever à l'aide des éducatrices ou à l'aide d'une table ou autre chose qui allait l'aider il échouait à chaque fois.

D'après l'analyse du contenu de l'entretien des deux cas « Ikram » et « Oussama », on peut dire que les enfants carencés affectivement ont des problèmes de locomotion notamment la marche, En se référant aux deux cas, ces derniers souffrent d'une carence affective qui se différencie d'un cas à un autre sur le plan sémiologique, ils présentent également des problèmes de locomotion notamment la marche ce qui confirme donc notre hypothèse.

Hypothèse générale : les enfants carencés affectivement développent un retard de développement notamment sur le plan des acquisitions motrices.

D'après l'analyse du contenu de l'entretien des deux cas « Ikram » et « Oussama », on peut dire que les enfants carencés affectivement développent un retard notamment sur le plan des acquisitions motrices, en s'appuyant sur les résultats obtenus par le biais des données qualitatives, nous avons pu constater que les enfants carencés affectivement peuvent développer un retard sur le plan de leur motricité fine et/ou globale, cela a été affirmé par nos deux cas « Ikram » et « Oussama », ces derniers présentent des signes de la carence affective en ayant une sémiologie qui s'avère être : la demande récurrente de l'affection, l'impulsivité, l'anxiété, l'irritabilité, des troubles de sommeil, des troubles alimentaires et tant d'autres symptômes. Nous avons également constaté grâce à l'entretien de recherche que nos deux cas présentent des retards sur le plan des acquisitions motrices qui touchent leur motricité fine et globale et cela a été confirmé par le fait que nos deux cas présentent certains retards de développement moteur touchant leur motricité fine et globale, notamment des problèmes de locomotion, des difficultés de marche, un mauvais équilibre, des

difficultés de maintien et de manipulation des objets et des problèmes de coordination des mains.

Synthèse

On constat donc a partir de ce qui a été énoncé précédemment dans la discussion des hypothèses que nos hypothèses sont confirmées, ce qui aboutit a l'idée que la carence affective que manifestent les enfants abandonnés impact négativement leurs développement moteur et engendre des retards et des problèmes sur le plan des acquisitions motrices.

Cependant à cause du fait que nous n'ayons pas pu utiliser l'intégralité des outils de recherche prévu hormis l'entretien clinique semi-directif et en raison du nombre restreint de cas, nous ne pouvons donc pas généraliser les résultats obtenus dans ces hypothèses.

Conclusion

L'enfance est sans doute le pilier de la vie humaine, il s'agit du point de départ de l'existence, c'est en cette période là que l'être humain commence à se construire soi-même. Il ne s'agit pas seulement de l'étape où l'on assiste à la croissance physique d'un tout petit être mais également le moment où il forge sa personnalité son caractère et son identité, de ce fait, la nécessité de vivre une enfance paisible est d'ultime importance.

Ainsi, l'enfance est donc l'étape de vie la plus importante et la plus impressionnante, néanmoins elle est d'une sensibilité extrême car l'enfant naît immature et démuné de toute force donc il a besoin d'être protégé et guidé et ce pour lui garantir un développement sain. Cependant le besoin primordial de l'enfant hormis celui de le nourrir se révèle être le besoin d'être aimé et d'être en liaison constante avec ses parents. Ce lien parental assure à l'enfant un sentiment de sécurité, l'épanouissement et donc un développement harmonieux.

Cependant, le lien d'attachement entre l'enfant et ses parents plus particulièrement la mère peut être brisé pour différentes raisons notamment à cause de l'abandon. Les enfants mis dans des pouponnières détachés brusquement de leurs parents ou n'ayant jamais connu ce lien peuvent souffrir de réelles problèmes. Cette séparation entraîne chez l'enfant une situation de détresse, mais le symptôme le plus manifeste et récurrent du délaissement s'avère être la carence affective.

En effet, notre recherche a été effectuée au sein de l'établissement des enfants assistés d'Ain Taya à Alger, auprès de cinq jeunes enfants d'une tranche d'âge de deux à trois ans.

Ainsi, cette recherche a eu pour objectif d'exposer les conséquences du phénomène de l'abandon et donc de la brisure du lien familiale sur la croissance physique de l'enfant et d'identifier les répercussions que peut provoquer une carence affective sur le développement des aptitudes fonctionnelles motrices chez le jeune enfant.

En s'appuyant sur notre documentation et en se référant aux résultats obtenus à partir des données qualitatives, notamment l'entretien clinique, on constate qu'il existe une réelle corrélation entre les états psychiques et physiques, mais également que les enfants abandonnées demeurant dans des pouponnières présentent des symptômes de la carence affective et cela entrave le

développement moteur des jeunes enfants. Cependant nous n'avions pas pu utiliser d'autres outils de recherches notamment la grille d'observation et un test psychométrique pour en tirer des résultats plus fiables pas le biais des données quantitatives et ce a cause de la pandémie, mais aussi le nombre de cas restreint nous nous permet pas de généraliser les résultats acquis.

Au cours de notre recherche et notre présence sr le terrain, nous avons constaté à partir de certains témoignages du personnel de l'établissement que le problème majeur qu'ils rencontrent est l'incapacité de combler la carence affective dont souffrent les jeunes enfants, il est donc souhaitable de subvenir aux besoins d'affection afin d'assurer leurs épanouissements.

Malheureusement, faute des circonstances sanitaires actuelles du pays notre travail n'est pas réalisé de manière complète, nous étions contraintes à se contenter du peu qu'on a pu réaliser, nous espérons tout de même avoir pu mettre la lumière sur les souffrances alarmantes des enfants privés de familles et de l'impact de la carence affective sur le développement moteur du jeune enfant, néanmoins nous incitons d'autres étudiants a compléter ce modeste travail et de s'intéresser à la psychologie infantile. L'état de l'enfant et son développement au sein d'une pouponnière est un sujet très important car cette situation de privation familiale engendre de multiples interrogations et problématiques que l'on devrait étudier, notamment la dépression infantile, les problèmes moteurs et langagiers et tant d'autres thématiques.

Liste des références

Liste des références :

Ouvrages :

1. Allouche, E. (2013). *Corps et psyché en psychanalyse*. Canada, éd Compagne première.
2. Aubry, J. (1955). *La carence des soins maternels*. France, éd Puf.
3. Bailly, D. (1996) *L'angoisse de séparation*. France, éd Masson.
4. Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité*. France, éd Dunod.
5. Barudy, J. (2007). *La douleur invisible de l'enfant: l'approche écosystémique de la maltraitance*. éd Érès.
6. Bullinger,A. (2019). *Le développement sensori-moteur et ses avatars*. Tom1.
7. Castarede. (2003). *Introduction a la psychologie clinique*. France éd Belin
8. Chahraoui, K. Benony, H. (2003). *Méthodes, évaluations et recherche en psychologie clinique*. France, éd Dunod.
9. Chauhat, H. (1999). *L'enquete en psychologie*. France, éd Puf.
- 10.Ciccone,A. (2006). *L'observation clinique*. France, éd Dunod.
- 11.Drory, D. (2009). *L'enfant et la séparation parentale*. Belgique, éd Yapaka. be.
- 12.Dufour, D., Stanké, S., & Narusevicius, G. (2008). *La blessure d'abandon: exprimer ses émotions pour guérir*. Canada, les éditions de l'homme.
- 13.Fernandez, L. Catteeuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. France, éd Nathan.
- 14.Gaspari-carrière, F. (2002). *Les enfants de l'abandon ; traumatismes et déchirures*. France, éd PUG.
- 15.Guédeney, N. (2010). *L'attachement, un lien vital*. Belgique, éd Fabert.

16. Guédeney, N. Guédeney, A. (2013). *L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée*. (S.l.), éd Masson.
17. Ireton. Glascoe. (2008). *Inventaire de développement de l'enfant (IDE)*. France, Cnrs.
18. Lemay, M. (1979), *j'ai mal à ma mère*. France, éd Fleurus.
19. Le Métayer, M. (1993). *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant: éducation thérapeutique*. (S. l.), éd Masson.
20. Pillet, V. (2007). *La théorie de l'attachement: pour le meilleur et pour le pire*. France, éd Erès.
21. Quivy, R. Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. France, éd Dunod.
22. Rigal, R. (2003). *Motricité humaine*. Canada, éd Marquis.
23. Rygaard, N.P (2013). *L'enfant abandonné guide de traitement des troubles d'attachements*. Belgique, éd Boeck.
24. Sahuc, C. (2006), *comprendre son enfant : 0-10 ans studyparents*. France, éd Studyparents.
25. Singly, F. (2000). *Le soi, le couple et la famille*. France, éd Nathan.
26. Spitz, R. (1968). *De la naissance à la parole*. Paris, France: PUF.
27. Suzanne. (2016). *Le développement moteur de l'enfant, un pilier important du développement global*. Canada, éd Tmvp.
28. Tomasella, S. (2018). *Le sentiment d'abandon: se libérer du passé pour exister par soi-même*. France, éd Eyrolles.
29. Vasseur, R. Delion, P. (2017). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*. France, éd Erès.
30. Vauclair, J. (2006) *développement du jeune enfant*. France, éd Berlin.
31. Viaux, J. (2002). *L'enfant et le couple en crise : du conflit psychologique au contentieux juridique*. France, éd Dunod.
32. Wauters, k. Frédérique. (2012). *Psychomotricité : soutenir prévenir et compenser*. Belgique, éd Boeck.

33. Winnicott, D W. (1965). *La tendance antisociale. In : de la pédiatrie à la psychanalyse*. France, éd Boeck.

Revues :

34. Berger, M. (2006). La spécificité du travail clinique en protection de l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, N°54 Vol 3, (137-141).
35. Carle, J., & Bonnet, D. (2009). Identité et question des origines dans l'abandon d'enfants au Burkina Faso. *Anthropologie et sociétés*, N°33 Vol 1, (141-155).
36. Duyme, M. Capron, C. (2010). L'inventaire du développement de l'enfant (IDE) : Normes et validation française du child development inventory (CDI), N°1 Vol 22, (13-26).
37. Lambert, N., Lotstra, F. (2005). L'attachement de Kornard Lorenz à Larry Young : de l'étiologie à la neurologie. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, N° 35, Vol 2. (83-97)
38. Lamour, M., Gozlan-Lonchamp, A., & De Vriendt-Goldman, C. (1994). Attention, bébé: naissance de la vie psychique chez le nourrisson hospitalisé. *Revue de médecine psychosomatique*, N° 35, (204).
39. Shulga, A. (2016). Psychological characteristics of adolescent orphans with different experience of living in family: *Psychological-Educational Studies*, N°5 Vol 2, (203-213).
40. Spira, A., Scippa, L., Berthet, C., Meuret, C., Besozzi, R., & Cramer, B. (2000). L'Hospitalisme en l'an 2000. Développement psychologique d'enfants dans un orphelinat Roumain : *La Psychiatrie de l'enfant*, N°43 Vol 2, 587-646.

Articles :

- 41.Lever, V. (2008). L'analyse intégrative rêve éveil. Carence affective. (S.1.)
- 42.Mille, C., & Henniaux, T. (2007). Carences affectives et négligences graves. *Encycl Med Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie*, 37-208.

Sites web :

- 43.Notrefamille.com. (2015). Qu'est-ce que la motricité globale et la motricité fine. Www.notrefamille.com/sante-a-z/qu'est-ce-que-la-motricite-fine-q-est-ce-que-la-motricite-global.html
- 44.Sonyacoteergo.(2018).Clinique du développement. Blogspot.com/la-motricite-fine.Html.

Dictionnaires :

- 45.Garnier, M. Delamare, V. (2004). Dictionnaire illustré des termes de médecine.
- 46.Larousse micro dictionnaire. (1980). Paris, France : Isbn.

Annexes

Annexe N° 1 : Guide d'entretien clinique semi directif

Informations générales sur le sujet

1. Age :
2. Sexe :

1^{er} axe : Renseignements concernant les éducatrices/ nourrices

3. Avez-vous reçu une formation d'éducatrice d'enfants ?
4. Combien de fois procédez-vous au changement de garde d'enfants par jour ?
5. Quel est votre rôle à l'égard de l'enfant ?
6. Estimez-vous assurer au quotidien les besoins nécessaires au bien être du jeune enfant, que ce soit physiologique, besoin de sécurité et les besoins affectifs ?
7. Rencontrez-vous des problèmes de contact avec l'enfant, ou d'autres difficultés ?

2^{ème} axe : Questions concernant l'abandon

8. A quel âge l'enfant est-il placé dans cette pouponnière ?
9. Quelles sont les raisons de son placement ?
10. S'agit-il d'un placement temporaire ou définitif ?
11. Est-ce que l'enfant a un lien familial hormis parentale tel que des grands parents des oncles/ tantes ?

3^{ème} axe : Renseignements médicaux et antérieurs concernant l'enfant

12. L'enfant est-il né d'une grossesse à terme, ou s'agit-il d'une naissance prématurée ?
13. Présente-t-il des troubles mentaux ou des handicaps ?
14. Quels sont ses antécédents médicaux ?
15. Pouvez-vous nous dire si le poids de l'enfant à sa naissance était dans les normes ?
16. Parlez nous de l'état physique et mental de l'enfant. Est-ce que vous remarquez un problème concernant son état physique ou autre ?

4^{ème} axe : Questions sur les attitudes de l'enfant (questions posées aux éducatrices)

17. Est-ce que l'enfant demande régulièrement sa figure maternelle « la nourrice » ?
18. Est-ce que l'enfant aime et a le goût d'explorer ?
19. L'enfant aime-il qu'on le prenne dans les bras ?
20. Est-ce que l'enfant se mêle aux autres enfants ?
21. Comment décrivez-vous ses comportements avec les autres enfants est-il agressif ou bien modéré ?
22. Le sommeil de l'enfant est-il agité ?
23. Éprouve-t-il des sentiments de détresse notamment des pleurs récurrents, une irritabilité ou d'autres signes de mal être ?
24. Ressent-il l'absence de ses parents ?
25. Comment se comporte-t-il à l'intérieur de la pouponnière ?

5^{ème} axe : Informations sur les acquisitions fonctionnelles motrices de l'enfant

26. À quel âge l'enfant a-t-il fait ses premiers pas ?
27. Manifeste-t-il des difficultés de locomotion, à marcher ou à se tenir debout ?
28. L'enfant a-t-il du mal à planifier ses gestes ou à être coordonné ?
29. Est-ce que l'enfant arrive à tenir et manipuler un objet ?
30. Est-il capable de se nourrir tout seul en utilisant une cuillère ?
31. Comment décrivez-vous les habiletés de l'enfant lors des travaux manuels tels que le dessin ou autres activités ?
32. Est-ce que l'enfant arrive à couper du papier avec des ciseaux sans nécessairement couper droit ?

Annexe N°3

INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

(IDE)

Ireton – Adaptation Duyme et Capron

| | Pages |
|--|-------|
| Index général | |
| 1. Résumé des versions proposées de l'IDE | 2 |
| 2. Présentation générale | 3 |
| Echelle générale | |
| 3. Echelle générale . IDE - Questionnaire à faire remplir par les parents | 5 |
| 4. Echelle générale . IDE - Correction. Quotient d'âge | 7 |
| 5. Echelle générale . IDE - Correction. Seuils de risque | 8 |
| 6. Echelle générale . IDE - Correction. Graphique des seuils de risque | 9 |
| Echelle complète | |
| 7. Echelle complète . IDE - Correction. Profil détaillé | 11 |
| 8. Echelle complète . IDE - Questionnaire à faire remplir par les parents | 12 |
| 9. Echelle complète . IDE - Présentation et correction du profil simplifié | 19 |
| 10. Echelle complète . IDE - Exemple. Profil simplifié | 21 |

Remarques importantes :

Le questionnaire IDE est présenté sous forme de sous parties associées à des tranches d'âge, ceci pour en faciliter l'utilisation et dans certains cas, en écourter le temps de réponse.

Cette partition peut prêter à confusion.

- Chaque enfant a un rythme de développement particulier qui dépend des domaines évalués ; ses acquisitions vont se construire d'une façon qui n'est pas strictement synchrone entre les domaines.

Exemple : à 36 mois un enfant peut maîtriser des compétences qui sont classées dans une tranche d'âge supérieure à 36 mois tandis que d'autres compétences correspondant à un âge plus jeune ne sont pas encore acquises.

Il est donc toujours nécessaire que les parents répondent aux questions de la tranche d'âge de leur enfant mais aussi à celles des âges antérieurs et postérieurs.

- Les âges de référence indiquent seulement les questions par lesquelles le remplissage du questionnaire doit commencer.
- L'IDE est un outil de dépistage et non un test de performance intellectuelle. Son intérêt est d'attirer l'attention ou de confirmer un questionnement de l'entourage de l'enfant concernant un retard de développement et non de calculer un quotient d'intelligence.

RESUME DES VERSIONS PROPOSEES DE L'IDE . Ireton - Adaptation Duyme et Capron

| VERSIONS IDE | TEMPS DE PASSATION | DEPISTAGE VISE | TYPE D'INFORMATION |
|---------------------------------------|--------------------|--|--|
| 1. Echelle générale | 5 minutes | Concerne tous les enfants Risque de retard global de développement | Age de développement général Quotient d'âge Seuils de risque |
| 2. Echelle complète, profil détaillé | 20 à 30 minutes | Si Quotient d'âge < 85 à l'Echelle générale Dépistage des retards dans chacun des domaines de développement | Echelles proposées en entier Age de développement pour chacun des domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> > Social > Autonomie > Motricité générale > Motricité fine > Expression du langage > Compréhension du langage > Apprentissage des lettres > Apprentissage des nombres |
| 3. Echelle complète, profil simplifié | 8 à 12 minutes | Si Quotient d'âge > 85 à l'Echelle générale Dépistage des retards dans chacun des domaines de développement | Echelles proposées partiellement (uniquement 3 ou 4 tranches d'âges pertinentes pour l'enfant sont remplies) Age de développement pour chacun des domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> > Social > Autonomie > Motricité générale > Motricité fine > Expression du langage > Compréhension du langage > Apprentissage des lettres > Apprentissage des nombres |

INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)

Ireton – Adaptation Duyme et Capron

Présentation générale

L'INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) concerne les enfants de 15 mois à 72 mois (ou 6 ans et 0 mois). Il comporte deux versions, l'une courte et l'autre longue.

- La version courte ou **INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) – Echelle générale**. Elle a pour but de donner une première appréciation générale d'un retard global de développement de l'enfant. Le temps de remplissage du questionnaire est d'environ 5 minutes. Le retard se traduit en quotient d'âge. S'il y a retard, les réponses de la partie Z (voir questionnaire court) peuvent vous suggérer dans quel(s) domaine(s) ce retard pourrait être plus important. Les instructions de passation sont indiquées sur le questionnaire parental et celles du dépouillement sur les fiches :
 - INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) . Echelle générale – Quotient d'âge.
 - INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) . Echelle générale – Seuils de risque.
 - INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) . Echelle générale – Graphiques des Seuils de risque.

- La version longue intitulée **INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) – Echelle complète**. Elle permet de préciser dans quel(s) domaine(s) de développement le retard apparaît. Chaque feuillet correspond à une tranche d'âge de référence nommée AP, A, B, C, D, E et F (voir les correspondances dans le Tableau 1). Les domaines de développement sont identifiés et séparés les uns des autres dans chaque tranche d'âge par les sigles SO, AU, MG, MF, LEX, LCO, LE et NBRE (signification des sigles : voir Tableau 1)

Tableau 1 : nombres totaux des questions correspondant à chaque domaine en fonction des tranches d'âge.

| Noms des Echelles | SO Sociale | AU Autonomie | MG Moteur général | MF Moteur fin | LEX Expression du langage | LCO Compréhension du langage | LE Apprentissage des lettres | NBRE Apprentissage des nombres |
|-------------------|------------|--------------|-------------------|---------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| AP <15mois | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | 5 | 0 | 0 |
| A 15/21mois | 11 | 12 | 10 | 5 | 8 | 9 | 0 | 0 |
| B 22/27mois | 5 | 3 | 3 | 4 | 6 | 4 | 0 | 1 |
| C 28/33mois | 11 | 3 | 4 | 3 | 17 | 10 | 0 | 1 |
| D 34/40mois | 4 | 4 | 3 | 3 | 11 | 12 | 0 | 2 |
| E 41/60mois | 5 | 11 | 4 | 9 | 4 | 7 | 6 | 6 |
| F 61/>72mois | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 3 | 9 | 5 |
| Totaux OUI | 40 | 40 | 30 | 30 | 50 | 50 | 15 | 15 |

Pour faire remplir le questionnaire IDE – Echelle complète par les parents, vous avez plusieurs possibilités :

- Remplissage complet : dans le cas où le quotient d'âge à l'échelle générale est < 85.
 1. Faire remplir le questionnaire complet (soit les 7 parties) en suivant les instructions notées à la première page. Certains parents peuvent avoir besoin d'aide : vous ou une personne de votre service pouvez les aider à comprendre les questions qui leur posent problème. Le remplissage individuel demande environ 20 minutes ; avec une aide, il nécessite environ 30 minutes.
 2. Les consignes de dépouillement et de l'établissement du profil sont indiqués sur la fiche.
 - INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) – Profil détaillé.

- Remplissage simplifié : dans le cas où le quotient d'âge à l'échelle générale est > 85 mais que l'enfant vous semble en retard dans un des domaines de développement, vous pouvez utiliser une méthode plus rapide.
 1. Ne faire remplir que 4 parties, celles qui correspondent à l'âge de l'enfant, à la tranche d'âge supérieure et aux deux tranches d'âge inférieures.
Exemple : Enfant de 42 mois. Son âge chronologique se situe dans la tranche d'âge correspondant à la partie E. Dans ce cas faire remplir les parties E, C, D et F.
 2. Les consignes de dépouillement et l'établissement du profil sont indiquées sur la fiche :
 - INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) – Profil simplifié.

INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)

Ireton – Adaptation Duyme et Capron

Echelle générale

| | Pages |
|--|-------|
| ➤ Echelle générale . IDE - Questionnaire à faire remplir par les parents | 4 |
| ➤ Echelle générale . IDE - Correction. Quotient d'âge | 6 |
| ➤ Echelle générale . IDE - Correction. Seuils de risque | 7 |
| ➤ Echelle générale . IDE - Correction. Graphique des seuils de risque | 8 |

INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) - Ireton - Adaptation Duyme et Capron

Echelle générale

Source: Ireton et Glascoe, adaptation Duyme et Capron, CNRS, Université 1 Montpellier-Nîmes, Université Montpellier, validé par le groupe sur le suivi du NN à risque (CRN-LR), janvier 2008.

INFORMATIONS A L'INTENTION DES PARENTS

Les observations des parents sur leurs enfants peuvent apporter des informations importantes sur leur développement. L'INVENTAIRE DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) se compose de phrases qui décrivent les activités des jeunes enfants. Vous devez répondre OUI ou NON en fonction de ce que fait effectivement votre enfant. Cet inventaire peut permettre de comprendre son développement et ses besoins.

INSTRUCTIONS :

Vous devez lire attentivement chacune des phrases et cocher la réponse "OUI" ou "NON".

➤ Vous cochez "OUI"

- si la phrase décrit le comportement actuel de votre enfant,

- si ce comportement traduit ce que votre enfant faisait lorsqu'il était plus jeune, comme babiller ou marcher à 4 pattes, par exemple.

➤ Vous cochez "NON"

- si la phrase ne décrit pas le comportement de votre enfant,

- si ce comportement traduit ce que votre enfant commence juste à faire, ou s'il le fait seulement quelquefois.

Ce questionnaire concerne les enfants de 15 mois à 6 ans : il est donc normal, pour les enfants les plus jeunes, de ne pas répondre OUI à toutes les questions.

Lors de la passation, vous pouvez rencontrer des difficultés de lecture ou de compréhension. Dans ce cas, n'hésitez pas à demander plus d'informations à votre médecin, au psychologue ou à la personne qui vous a remis le questionnaire.

De plus pour les enfant de moins de 3 ans, ne répondez pas à la partie D.

| | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Accueille son entourage en employant des mots comme « bonjour », « salut » ou une expression similaire. (SO) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Témoinne de la sympathie envers les autres enfants, essaie de les aider et de les consoler. (SO) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Parfois, dit « non » quand il n'est pas d'accord. (SO) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Mange seul avec une cuillère. (AU) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Mange avec une cuillère, en renversant peu ou pas. (AU) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Mange avec une fourchette. (AU) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Porte un verre ou une tasse à sa bouche et boit. (AU) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 81. Marche sans se faire aider. (MG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83. Lance un ballon tout en restant debout, sans tomber. (MG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. Court. (MG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 87. Monte et descend les escaliers tout seul. (MG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89. Donne des coups de pied dans un ballon. (MG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 121. Griboille avec un crayon ou un stylo. Ou bien, le faisait avant. (MF) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 128. Construit une tour de cinq cubes ou plus. (MF) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 164. Utilise au moins 5 noms d'objets familiers. (LEX) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 170. Lorsqu'il parle d'objets lui appartenant, emploie les mots : « mon », « ma », « le mien » ou « la mienne ». (LEX) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 207. Suit 2 parties d'une instruction comme, par exemple : « Va dans ta chambre et apporte-moi... ». (LCO) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 209. Suit les ordres simples. (LCO) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

= total OUI partie A

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions et **TOURNEZ LA PAGE SVP**

- OUI** **NON**
251. Ecrit quelques lettres ou nombres. (LE)
254. Ecrit son prénom en entier ou au moins 4 lettres de celui-ci. (LE)
252. Ecrit quelques mots simples en copiant un modèle. (LE)
253. Lit au moins 4 mots. (LE)
255. Reconnaît et nomme toutes les lettres de l'alphabet. (LW)
258. Récite les nombres dans l'ordre de 1 à 30. (NBRE)
260. Répond aux questions d'arithmétique telles que : « combien font 2+2 ? ... 1+4 ? ... 3+6 ? ... ». (NBRE)
- = **total OUI partie D**

Cochez la bonne réponse
(pour tous les enfants)

Avez-vous des inquiétudes sur la façon dont votre enfant :

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| - parle ou émet des sons ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Un Peu <input type="checkbox"/> |
| - comprend ce que vous lui dites ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - utilise ses mains et ses doigts pour faire des choses ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - utilise ses bras et ses jambes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - se comporte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - agit avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - apprend par lui-même à faire des choses ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE :

AGE EN MOIS :

DATE DE REMPLISSAGE :

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions

- OUI** **NON**
122. Découpe avec des ciseaux une feuille de papier d'un bout à l'autre. (MF)
123. Dessine des « choses » que l'on peut reconnaître. (MF)
126. Dessine ou copie un carré dont les 4 angles sont bien faits (). (MF)
127. Découpe avec des ciseaux en suivant une forme ou un modèle simple. (MF)
124. Trace ou copie un cercle (le cercle doit être fermé). (MF)
162. Donne des raisons en utilisant le mot « parce que ». (LEX)
166. Pose des questions commençant par : « pourquoi », « quand » ou « comment ». (LEX)
168. Utilise des phrases longues, complexes, de 10 mots ou plus. (LEX)
169. Raconte en détail ce qui s'est passé, par exemple, formule des phrases structurées comme « Nous allions à ... et nous ... alors nous ... ». (LEX)
201. Identifie précisément au moins 4 couleurs en les nommant correctement. (LCO)
204. Répond aux questions comme : « Que fais-tu avec tes yeux ? ... tes oreilles ? ... ». (LCO)
205. Répond aux questions de type : « Si ... alors ... ? » comme « Si tu te blesses, alors que fais-tu ? ». (LCO)
210. Utilise les superlatifs, dit par exemple : « le plus fort ... le meilleur ... le plus grand ... ». (LCO)
256. Lorsqu'il compte des objets, en compte au moins 10. (NBRE)
257. Compare les objets entre eux, par exemple, dit : « celui-ci est plus grand ... plus lourd ... » etc. (NBRE)
259. Dit quand un objet est plus petit ou plus grand qu'un autre. (NBRE)
- = **total OUI partie C**

D

(uniquement pour les enfants de plus de 3 ans).

- OUI** **NON**
46. Boutonne correctement sa chemise ou sa veste, faisant correspondre les boutons aux bons trous. (AU)
130. Dessine des personnages composés d'au moins trois parties telles que : la tête, les yeux, le nez, la bouche, les cheveux, le corps, les bras ou les jambes. (MF)
208. Lorsqu'on lui demande « qu'est-ce que ... ? », il répond par le nom de la catégorie à laquelle appartient l'objet. Par exemple, à la question : « qu'est-ce qu'un cheval ? », il répond « c'est un animal », « qu'est-ce qu'une orange ? », il répond « c'est un fruit ». (LCO)

- OUI** **NON**
5. Aide un peu aux tâches ménagères. (SO)
6. Demande de l'aide au cours d'une tâche. (SO)
7. Dit « je ne peux pas » ou « je ne sais pas », ou encore « fais-le ». (SO)
8. Est attentif à ce qui se passe autour de lui, écoute les autres. (SO)
9. Généralement, s'excuse ou dit « pardon » lorsqu'il fait quelque chose de mal. (SO)
43. Se lave et s'essuie les mains. (AU)
49. Ouvre les portes en tournant la poignée et en la tirant. (AU)
82. Sautte d'une marche à l'autre, pieds joints. Ou, le faisait lorsqu'il était plus jeune. (MG)
85. Court sans problème, négocie bien les virages et peut s'arrêter de façon brusque. (MG)
88. Monte et descend les escaliers seul, sans soutien, en alternant les pieds. (MG)
125. Essaie de découper avec des petits ciseaux. Ou, découpe. (MF)
129. Tourne les pages des livres d'enfants, une par une. (MF)
161. Formule des phrases composées d'au moins 4 mots. (LEX)
163. Parle clairement. La plupart du temps, son langage est compréhensible. (LEX)
165. Utilise au moins un des mots suivants : « moi », « je », « il », « elle », « tu » ou « ça ». (LEX)
167. A un vocabulaire d'au moins 20 mots. (LEX)
202. Emploie les mots « grand » et « petit ». (LCO)
203. Répond aux questions comme : « Que fais-tu avec un biseuit ? ... un chapeau ? ... un verre ? ». (LCO)
206. Répond de manière appropriée « oui » ou « non » à des questions simples. (LCO)
- = **total OUI partie B**
- C**
2. « Rappelle » ou parle de ce que font les autres enfants. (SO)
10. Donne des indications ou des ordres aux autres enfants. (SO)
44. Est propre, contrôle ses besoins d'uriner et d'aller à la selle. (AU)
45. Attache au moins un bouton lorsqu'il ferme son vêtement. (AU)
48. S'habille et se déshabille sans aide (ne pas tenir compte des lacets de chaussures). (AU)
86. Fait du tricycle en utilisant les pédales. (MG)
90. Sautte à cloche-pied au moins deux fois à la suite sans soutien. (MG)

INVENTAIRE DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)

Ireton – Adaptation Duyme et Capron

Echelle générale – Quotient d'âge

Pour le médecin ou le psychologue :

CONSIGNES POUR LA CORRECTION :

1. Faire remplir le questionnaire par les parents. Pour les enfants de moins de 3 ans ne pas remplir le D.
2. Coter 1 point pour chaque OUI, ne pas inclure les questions de E concernant les inquiétudes.
3. Faire la somme puis reporter le score sur l'échelle d'âge ci-contre :
 ceci vous donne l'âge du développement de l'enfant. (Le 5 après la virgule indique un demi mois).
4. Faire le quotient d'âge (QD) :
 $\text{âge de développement} / \text{âge chronologique} \times 100$.
5. Si le quotient d'âge (QD) est inférieur à 85 :
 - faire remplir le questionnaire (IDE) Echelle complète ;
 - ou proposer la consultation d'un spécialiste.

*Un QD égal ou supérieur à 125 correspond à un QD surévalué par les parents ou à un enfant très en avance dans son développement.
 De plus, après 60 mois, les QD < 85 sont fiables ; mais pour les QD > 100 l'erreur de mesure peut être importante.*

Âges de référence :

- A = 1 an à 1 an et 11 mois – 18 questions
- B = 2 ans à 2 ans et 11 mois – 19 questions
- C = 3 ans à 3 ans et 11 mois – 17 questions
- D = 4 ans à 5 ans et 11 mois – 16 questions
- Z correspond à une évaluation qualitative (questions 2 à 10 du PEDS).

Compétences :

- (SO) : échelle sociale
- (AU) : échelle d'autonomie
- (MG) : échelle motrice globale
- (MF) : échelle motrice fine
- (LEX) : échelle d'expression du langage
- (LCO) : échelle de compréhension du langage
- (LE) : échelle d'apprentissage des lettres
- (NBRE) : échelle d'apprentissage des nombres

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE :

AGE EN MOIS :

DATE DE REMPLISSAGE :

| Scores | Âges de développement (mois) |
|--------|------------------------------|
| 5 | 12 |
| 6 | 12,5 |
| 7 | 13 |
| 8 | 13,5 |
| 9 | 14 |
| 10 | 14,5 |
| 11 | 15 |
| 12 | 15,5 |
| 13 | 16,5 |
| 14 | 17 |
| 15 | 17,5 |
| 16 | 18 |
| 17 | 18,5 |
| 18 | 19 |
| 19 | 19,5 |
| 20 | 20 |
| 21 | 20,5 |
| 22 | 21 |
| 23 | 21,5 |
| 24 | 22 |
| 25 | 22,5 |
| 26 | 23 |
| 27 | 23,5 |
| 28 | 24 |
| 29 | 24,5 |
| 30 | 25 |
| 31 | 26 |
| 32 | 26,5 |
| 33 | 27 |
| 34 | 27,5 |
| 35 | 28 |
| 36 | 28,5 |
| 37 | 29 |
| 38 | 29,5 |
| 39 | 30 |
| 40 | 31 |
| 41 | 32 |
| 42 | 32,5 |
| 43 | 33 |
| 44 | 34 |
| 45 | 35 |
| 46 | 35,5 |
| 47 | 36 |
| 48 | 37 |
| 49 | 38 |
| 50 | 39 |
| 51 | 39,5 |
| 52 | 40 |
| 53 | 41 |
| 54 | 42,5 |
| 55 | 44 |
| 56 | 45,5 |
| 57 | 47 |
| 58 | 48,5 |
| 59 | 50 |
| 60 | 51,5 |
| 61 | 53 – 54 |
| 62 | 55 – 56 |
| 63 | 57 – 58 |
| 64 | 59 – 60 |
| 65 | 61,5 – 63 |
| 66 | 64 – 65 |
| 67 | 66 à 68 |
| 68 | 69 – 71 |
| 69 | 72 à 79 |
| 70 | 80 à 86 |

INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)

Ireton – Adaptation Duyme et Capron

Echelle générale – Seuils de risque

Notes pour la correction

1. Faire remplir le questionnaire IDE - Echelle générale par les parents. Pour les enfants de moins de 3 ans ne pas remplir le D.
2. Coter 1 point pour chaque OUI ; ne pas inclure les questions de E concernant les inquiétudes.
3. Faire la somme - Total =
4. Entourer l'âge de l'enfant dans la colonne Age chrono (chronologique)
5. Si le score obtenu est inférieur ou égal au nombre correspondant de la colonne HR :
 - faire remplir le questionnaire IDE - Profil complet,
 - ou proposer la consultation d'un spécialiste.

Ages de référence :

- A = 1 an à 1 an et 11 mois – 18 questions
- B = 2 ans à 2 ans et 11 mois – 19 questions
- C = 3 ans à 3 ans et 11 mois – 23 questions
- D = 4 ans à 5 ans et 11 mois – 10 questions
- Z correspond à une évaluation qualitative (questions 2 à 10 du PEDS).

Domaines de développement :

- (SO) : échelle sociale
- (AU) : échelle d'autonomie
- (MG) : échelle motrice globale
- (MF) : échelle motrice fine
- (LEX) : échelle d'expression du langage
- (LCO) : échelle de compréhension du langage
- (LE) : échelle d'apprentissage des lettres
- (NBRE) : échelle d'apprentissage des nombres

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE :

AGE EN MOIS :

DATE DE REMPLISSAGE :

| Age chrono (mois) | HR 15 ^{ème} p* | R 25 ^{ème} p | M 50 ^{ème} p | SA 90 ^{ème} p |
|-------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| 12 | 2 | 3 | 5 | 9 |
| 13 | 3 | 4 | 7 | 11 |
| 14 | 5 | 6 | 9 | 14 |
| 15 | 6 | 7 | 11 | 17 |
| 16 | 7 | 9 | 12 | 19 |
| 17 | 9 | 10 | 14 | 22 |
| 18 | 10 | 12 | 16 | 24 |
| 19 | 12 | 14 | 18 | 27 |
| 20 | 14 | 16 | 20 | 29 |
| 21 | 16 | 18 | 22 | 31 |
| 22 | 18 | 20 | 24 | 33 |
| 23 | 20 | 22 | 26 | 35 |
| 24 | 21 | 24 | 28 | 37 |
| 25 | 23 | 26 | 30 | 39 |
| 26 | 25 | 27 | 31 | 40 |
| 27 | 27 | 29 | 33 | 42 |
| 28 | 28 | 31 | 35 | 44 |
| 29 | 30 | 33 | 37 | *46 |
| 30 | 32 | 34 | 39 | 47 |
| 31 | 33 | 36 | 40 | 49 |
| 32 | 35 | 37 | 41 | 50 |
| 33 | 36 | 39 | 43 | 52 |
| 34 | 38 | 40 | 44 | 53 |
| 35 | 39 | 42 | 46 | 54 |
| 36 | 40 | 43 | 47 | 55 |
| 37 | 42 | 44 | 48 | 56 |
| 38 | 43 | 45 | 49 | 57 |
| 39 | 44 | 46 | 50 | 58 |
| 40 | 45 | 47 | 52 | 59 |
| 41 | 46 | 48 | 53 | 59 |
| 42 | 47 | 49 | 53 | 60 |
| 43 | 48 | 50 | 54 | 61 |
| 44 | 48 | 51 | 55 | 61 |
| 45 | 49 | 52 | 55 | 62 |
| 46 | 50 | 53 | 56 | 62 |
| 47 | 51 | 53 | 57 | 63 |
| 48 | 52 | 54 | 57 | 63 |
| 49 | 53 | 55 | 58 | 64 |
| 50 | 54 | 56 | 59 | 64 |
| 51 | 55 | 57 | 59 | 65 |
| 52 | 55 | 58 | 60 | 65 |
| 53 | 56 | 58 | 61 | 66 |
| 54 | 57 | 59 | 61 | 66 |
| 55 | 58 | 60 | 62 | 67 |
| 56 | 58 | 60 | 62 | 67 |
| 57 | 59 | 61 | 63 | 67 |
| 58 | 60 | 61 | 63 | 67 |
| 59 | 60 | 62 | 64 | 68 |
| 60 | 61 | 62 | 64 | 68 |
| 61 | 61 | 63 | 64 | 68 |
| 62 | 62 | 63 | 65 | 69 |
| 63 | 62 | 64 | 65 | 69 |
| 64 | 63 | 64 | 66 | 69 |
| 65 | 63 | 64 | 66 | 69 |
| 66 | 63 | 65 | 67 | 70 |
| 67 | 64 | 65 | 67 | 70 |
| 68 | 64 | 65 | 67 | 70 |
| 69 | 64 | 66 | 68 | 70 |
| 70 | 65 | 66 | 68 | 70 |
| 71 | 65 | 66 | 68 | 70 |
| 72 | 66 | 66 | 69 | 70 |
| >72 | 66 | 67 | 70 | |

* p : percentile.

** Colonne SA : un score égal ou supérieur à celui indiqué correspond à un score surévalué par les parents ou au score d'un enfant très en avance sur son développement

Source: Ireton et Glascoe, adaptation Duyme et Capron, CNRS, Université 1 Montpellier-Nîmes, Université Montpellier validé par le groupe sur le suivi du NN à risque (CRN-LR), janvier 2008

INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)

Ireton – Adaptation Duyme et Capron

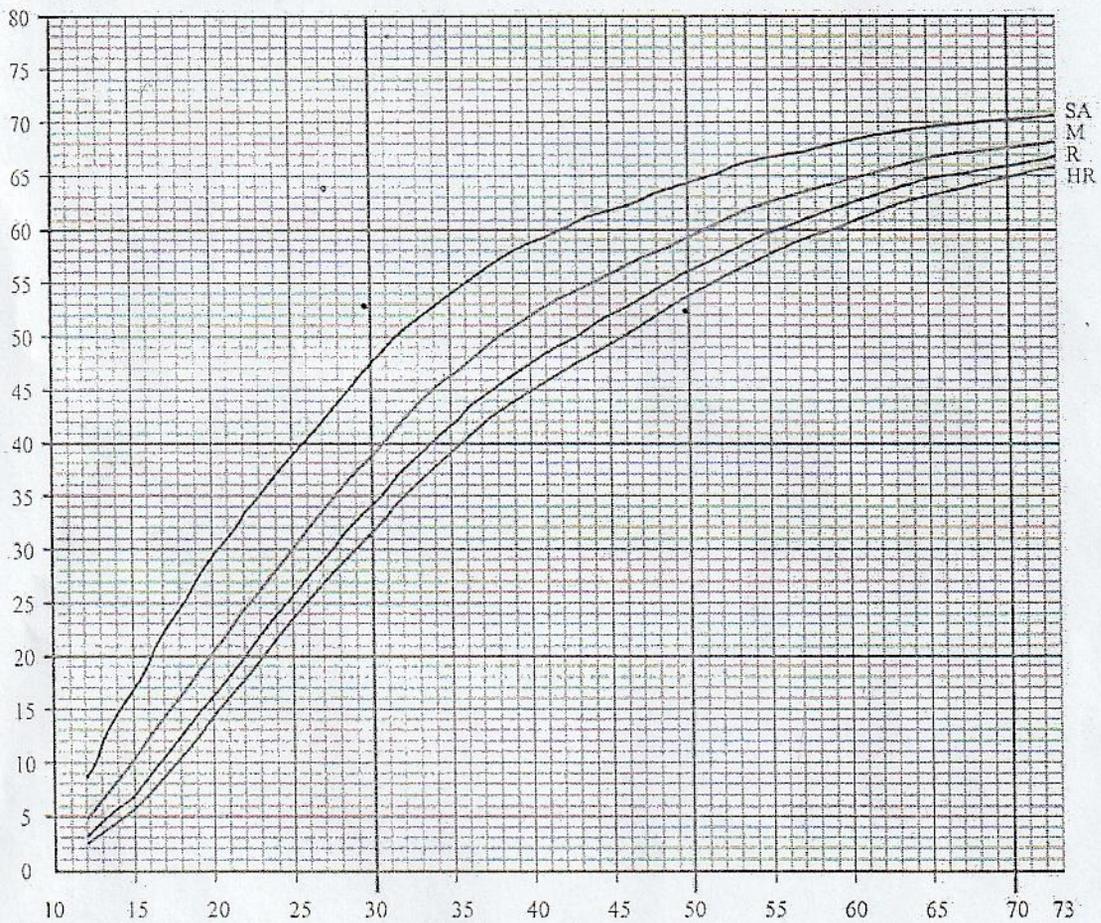
Echelle générale – Graphique des seuils de risque

A l'usage du médecin ou du psychologue.

Nom

Prénom

Courbes :
SA = douteux ou en avance . 90^{ème} percentile
M = médiane. 50^{ème} percentile
R = risque. 25^{ème} percentile
HR = haut risque . 15^{ème} percentile



Agés

Correction et analyse de l'échelle générale de développement (courbes 2008.0)

1. Faire la somme des réponses OUI au questionnaire (1 point par OUI).
2. Faire une croix à l'intersection de l'âge et du score de l'enfant :
 - Si la croix est sur ou en dessous de la ligne inférieure, l'enfant est à très haut risque de retard du développement (HR).
 - Si elle est entre les deux lignes inférieures, l'enfant présente un risque de retard (R).
 - Si elle est sur ou au dessus de la ligne supérieure, soit les réponses des parents sont surévaluées, soit l'enfant a une très grande avance dans son développement (SA).

Vous pouvez représenter sur le même graphe les évaluations à différents âges de l'enfant ; ceci permet de connaître son évolution

Source: Ireton et Glascoe, adaptation Duyme et Capron, CNRS, Université 1 Montpellier-Nîmes, Université Montpellier validé par le groupe sur le suivi du NN à risque (CRN-LR), janvier 2008

INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)

Ireton – Adaptation Duyme et Capron

Echelle complète

| | Pages |
|--|-------|
| Version détaillée | |
| 1. Echelle complète . IDE - Correction. Profil détaillé | 10 |
| 2. Echelle complète . IDE - Questionnaire à faire remplir par les parents | 11 |
| Version simplifiée | |
| 3. Echelle complète . IDE - Présentation et correction du profil simplifié | 18 |
| 4. Echelle complète . IDE - Exemple. Profil simplifié | 20 |

INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)

Ireton - Adaptation Duyme et Capron

Profil détaillé

Faire remplir l' INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) - Echellé complète.

Dépouillement : Scores obtenus aux différents domaines de développement.

| âges | SO | AU | MG | MF | LEX | LCO | LE | NBRE | DEV | âges |
|------|----|-------|----|----|-------|-------|---------|---------|-------|------|
| >72 | | 40 | | | | | 13 à 15 | 14 - 15 | 70 | >72 |
| 72 | 40 | 39 | 30 | | 50 | 50 | | 13 | 69 | 72 |
| 71 | | | | | | | 12 | | | 71 |
| 70 | | | | | | | | | 68 | 70 |
| 69 | | | | | | | | | | 69 |
| 68 | | | | | | | 11 | | | 68 |
| 67 | | | | | | | | 12 | | 67 |
| 66 | | 38 | | | 49 | 49 | | | 67 | 66 |
| 65 | 39 | 37 | 29 | | | | 10 | | | 65 |
| 64 | | | | | | | | | 66 | 64 |
| 63 | | | | | | | 9 | | | 63 |
| 62 | | 36 | | | | | | | 65 | 62 |
| 61 | 38 | | | | 48 | | | 11 | | 61 |
| 60 | | | 28 | 30 | | | | | | 60 |
| 59 | | | | | | 48 | 8 | | 64 | 59 |
| 58 | | | | | 47 | | | | | 58 |
| 57 | | 35 | | 29 | | | | | 63 | 57 |
| 56 | | | | | | | 7 | 10 | | 56 |
| 55 | | 34 | | | | | | | 62 | 55 |
| 54 | 37 | | | | | | | 6 | | 54 |
| 53 | | | | | | 47 | | | 61 | 53 |
| 52 | 36 | 33 | | 28 | | | 5 | 9 | 60 | 52 |
| 51 | | | | 27 | | | | | | 51 |
| 50 | | | 27 | | | | 4 | | 59 | 50 |
| 49 | | 32 | | | 46 | | | | | 49 |
| 48 | 35 | | | 26 | | 46 | 3 | 8 | 58 | 48 |
| 47 | | 31 | | | | | | | 57 | 47 |
| 46 | | | | 25 | | | | | | 46 |
| 45 | | | | | 45 | 45 | 2 | | 56 | 45 |
| 44 | | | | 24 | | | | | 55 | 44 |
| 43 | | 30 | | | | | | 7 | 54 | 43 |
| 42 | 34 | | | 23 | 44 | | | | | 42 |
| 41 | | 29 | 26 | 22 | | 44 | | | 53 | 41 |
| 40 | | | 25 | | 43 | 43 | | | 52 | 40 |
| 39 | 33 | 28 | | 21 | 42 | 42 | | 6 | 50-51 | 39 |
| 38 | 32 | 27 | | 20 | 41 | 41 | | | 49 | 38 |
| 37 | | 26 | 24 | | 40 | 40 | 1 | | 48 | 37 |
| 36 | 31 | | | 19 | 39 | 39 | | 5 | 47 | 36 |
| 35 | 30 | 25 | 23 | | 38 | 37-38 | | | 45-46 | 35 |
| 34 | | 24 | | 18 | 36-37 | 36 | | | 44 | 34 |
| 33 | 29 | 23 | | | 35 | 35 | | 4 | 43 | 33 |
| 32 | | | 22 | 17 | 33-34 | 34 | | | 41-42 | 32 |
| 31 | 28 | 22 | 21 | | 32 | 32-33 | | | 40 | 31 |
| 30 | 27 | | 20 | | 30-31 | 31 | | 3 | 39 | 30 |
| 29 | 26 | 21 | | 16 | 28-29 | 29-30 | | | 37-38 | 29 |
| 28 | 25 | | 19 | | 26-27 | 28 | | | 35-36 | 28 |
| 27 | 24 | 20 | 18 | 15 | 24-25 | 26-27 | | 2 | 33-34 | 27 |
| 26 | 23 | | | | 22-23 | 24-25 | | | 31-32 | 26 |
| 25 | 22 | 19 | 17 | 14 | 20-21 | 22-23 | | | 30 | 25 |
| 24 | 21 | 18 | 16 | | 19 | 21 | | | 28-29 | 24 |
| 23 | 20 | 17 | 15 | 13 | 17-18 | 19-20 | | 1 | 26-27 | 23 |
| 22 | 19 | 16 | | | 15-16 | 18 | | | 24-25 | 22 |
| 21 | 18 | 15 | 14 | 12 | 14 | 16-17 | | | 22-23 | 21 |
| 20 | 17 | | 13 | | 12-13 | 15 | | | 20-21 | 20 |
| 19 | 16 | 14 | 12 | 11 | 11 | 14 | | | 18-19 | 19 |
| 18 | 15 | 13 | 11 | 10 | 9-10 | 12-13 | | | 16-17 | 18 |
| 17 | 14 | 11-12 | 10 | | 8 | 11 | | | 14-15 | 17 |
| 16 | 13 | 10 | 9 | 9 | 6-7 | 10 | | | 13 | 16 |
| 15 | 12 | 9 | 8 | | 5 | 9 | | | 11-12 | 15 |
| 14 | 11 | 8 | 7 | 8 | 4 | 7-8 | | | 9-10 | 14 |
| 13 | 10 | 7 | 6 | | | 6 | | | 7-8 | 13 |
| 12 | 9 | 6 | 5 | 7 | 3 | 5 | | | 5-6 | 12 |

Domaines de développement :

SO = social
 AU = autonomie
 MG = moteur global
 MF = moteur fin
 LEX = expression du langage
 LCO = compréhension du langage
 LE = lettres
 NBRE = nombres
 DEV = développement général

Analyse des scores et construction des profils :

1- Sommez le nombre de OUI dans toutes les parties (AP, A, B, ...) de chacun des domaines ou du domaine qui vous intéresse.

2. Entourez le nombre correspondant à la somme obtenue dans la ou les colonnes des domaines choisis sur le profil ci-contre(1).

3. Tracez le profil obtenu en réunissant les points de chaque colonne.

4. Tracez une ligne horizontale correspondant à l'âge chronologique de l'enfant, en vous reportant aux colonnes "âges".

5. Tracez une ligne THR en dessous de laquelle l'enfant sera à Très Haut Risque de retard : elle correspond à l'âge obtenu en prenant l'âge chronologique de l'enfant x 0,70.

6. Tracez une ligne HR correspondant à un Haut Risque de retard. Pour l'obtenir prenez l'âge chronologique x 0,85

La position des scores obtenus en dessous des lignes THR et HR vous indique dans quel(s) secteur(s) l'enfant est le plus déficitaire(2).

7. Concernant le score de développement général, sumez tous les OUI aux questions en gras dans toutes les parties du questionnaire et entourez le nombre obtenu dans la colonne DEV.

Vous pouvez voir si ce niveau se trouve en dessous des lignes de Haut Risque ou de Très Haut risque de retard.

8. Score et âge

Pour un score donné vous pouvez lire dans la colonne "âge", l'âge de développement de l'enfant.

exemple :

un enfant ayant 52 points dans la colonne DEV a un âge de développement général de 40 mois

9. Quotient général de développement

il correspond à l'âge de développement développement (colonne DEV) divisé par l'âge chronologique multiplié par 100.

Nous vous conseillons cependant de vous reporter à la feuille "Quotient d'âge - échelle générale" qui est plus précise.

(1) si l'âge réel de l'enfant se trouve entre 2 scores consécutifs, tracer le cercle dans la case de la ligne correspondant à son âge réel. Exemple : un enfant d'AR = 59mois qui a 37points en Social, le cercle sera placé sur la ligne des 59 mois.

Noter : pour la Motricité Fine, la note maximum est 30 atteinte à 60mois. Exemple : un enfant de 65mois qui a 30 points, entourer la case en face de 65 et non pas la case de 30 points.

(2) un score très élevé au dessus de l'âge chronologique suggère une surévaluation parentale.

Source: Ireton et Glasco, adaptation Duyme et Capron, CNRS, Université 1 Montpellier-Nîmes, Université Montpellier validé par le groupe sur le suivi du NN à risque (CRN-LR), janvier 2008

INVENTAIRE DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)

Ireton - Adaptation Duyme et Capron

Echelle complète

Source: Ireton et Glascoe, adaptation Duyme et Capron, CNRS, Université I Montpellier-Nîmes, Université Montpellier, validé par le groupe sur le suivi du NN à risque (CRN-LR), janvier 2008.

INFORMATIONS A L'INTENTION DES PARENTS

Les observations des parents sur leurs enfants peuvent apporter des informations importantes sur leur développement. L'INVENTAIRE DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) se compose de phrases qui décrivent les activités des jeunes enfants. Vous devez répondre OUI ou NON en fonction de ce que fait effectivement votre enfant. Cet inventaire peut permettre de comprendre son développement et ses besoins.

Instructions

Vous devez lire attentivement chacune des phrases et cocher la réponse "OUI" ou "NON".

➤ Vous cochez "OUI" :

- si la phrase décrit le comportement actuel de votre enfant,
- si ce comportement traduit ce que votre enfant faisait lorsqu'il était plus jeune, comme babiller ou marcher à 4 pattes, par exemple.

➤ Vous cochez "NON" :

- si la phrase ne décrit pas le comportement de votre enfant,
- si ce comportement traduit ce que votre enfant commence juste à faire, ou s'il le fait seulement quelquefois.

Ce questionnaire concerne les enfants de 15 mois à 6 ans : il est donc normal, pour les enfants jeunes, de ne pas répondre OUI à toutes les questions. Lors du remplissage, vous

pouvez rencontrer des difficultés de lecture ou de compréhension. Dans ce cas, n'hésitez pas à demander plus d'informations à la personne qui vous a donné ce questionnaire. De plus pour les enfant de moins de 3 ans, ne répondez pas à la partie D.

Partie AP

| | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| SO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconnait les adultes familiers et leur tend les bras. Ou, le faisait étant plus jeune. | | |
| 37 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Montre de l'affection : prend dans ses bras, embrasse. | | |
| AU | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mange seul un gâteau ou un biscuit. | | |
| 66 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mâche la nourriture. | | |
| 73 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saisit une cuillère par le manche. | | |
| MG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 97 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fait des roulades du dos vers le ventre. Ou, le faisait étant plus jeune. | | |
| 104 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'assied sans soutien. | | |
| 106 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se met debout seul sans se faire aider par quelqu'un. | | |
| 100 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contourne les meubles ou son lit en s'y raccrochant. Ou, marche. | | |
| MF | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 111 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prend les objets d'une main. | | |
| 120 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Passe un objet d'une main à l'autre. | | |
| 113 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tient deux objets en même temps, un dans chaque main. | | |
| 114 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilise ses deux mains pour saisir un objet de grande taille. | | |
| 117 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prend les petits objets comme une pétale de céréale, un grain de riz ... en utilisant le pouce et un autre doigt. | | |
| LEX | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 152 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| « Babille » : fait des suites de sons comme s'il faisait des phrases. Ou, le faisait lorsqu'il était plus jeune. | | |
| 141 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous appelle : « maman » ou « papa » ou vous donne un nom similaire. | | |
| LCO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 191 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Répond à son nom ; se retourne et regarde. | | |
| 211 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Imite certains des sons que vous faites. Ou, le faisait étant plus jeune. | | |
| 216 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Généralement, vient quand on l'appelle. | | |
| 231 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fait un geste de la main pour dire au revoir. | | |
| 234 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comprend « Non, Non » et arrête son activité, au moins, un petit moment. | | |

222. Comprend la signification d'au moins 3 mots de position tels que : « dans », « sur », « sous », « à côté »...
224. Répond aux questions telles que : « Que dit un minou ? ... un toutou ? ... un canard ? ».
207. Suit 2 parties d'une instruction comme, par exemple : « Va dans ta chambre et apporte-moi ... ».

82. Sauter d'une marche à l'autre, pieds joints. Ou, le faisait lorsqu'il était plus jeune.

-

237. Exprime par des mots ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas.
212. Donne au moins son prénom quand on lui demande : « Quel est ton nom ? ».
223. Dit quand quelque chose est lourd.

-

- MF**
135. Gribouille selon un mouvement circulaire. Ou, le faisait étant plus jeune.
136. Dévisse et visse les bouchons des pots ou des bouteilles.
138. Place chaque forme unique d'un « puzzle à encastrer » au bon endroit.

-

-

-

- NBRE**
269. Comprend « un » (la quantité), et donne exactement « un quelque chose », quand vous le lui demandez.

-

-

-

Continuez la partie B.

Partie B

- SO**
- OUI NON**
-
6. Demande de l'aide au cours d'une tâche.
5. Aide un peu aux tâches ménagères.
25. Joue avec d'autres enfants, fait des choses avec eux.
14. Fait ou construit des choses avec d'autres enfants.
16. Dit « regarde », « regarde-moi » lorsqu'il fait quelque chose.

-

-

-

- AU**
70. Nettoie ce qu'il renverse avec une éponge ou un chiffon.
74. Enlève seul une chemise déboutonnée ou un tee-shirt.
49. Ouvre les portes en tournant la poignée et en la tirant.

-

-

-

- LEX**
173. Sait parler à voix basse.
165. Utilise au moins un des mots suivants : « moi », « je », « il », « elle », « tu » ou « ça ».
186. Nomme, quand on le lui demande, au moins 5 parties du corps humain comme les yeux, le nez, la bouche, les mains ou les pieds.
185. Utilise : « s'il te plaît » et « merci » de façon appropriée.
167. A un vocabulaire d'au moins 20 mots.
156. Indique l'action en cours lorsqu'il regarde les images d'un livre, par exemple, déclare « le minou est en train de manger ».

-

-

-

- LCO**
206. Répond de manière appropriée « oui » ou « non » à des questions simples.

-

-

-

- MG**
85. Court sans problème, négocie bien les virages et peut s'arrêter de façon brusque.
103. Monte à l'échelle du toboggan et se laisse glisser sans se faire aider.

-

-

-

229. Comprend la signification d'au moins 6 mots de position tels que : « dans », « sur », « sous », « à côté », « en haut », « en bas », « dessus », « dessous » ...
203. Répond aux questions comme : « Que fais-tu avec un biscuit ? ... un chapeau ? ... un verre ? ».
221. Comprend ce que les mots « plein » et « vide » signifient, et les emplois de façon appropriée.
240. Décrit des objets en utilisant des mots descriptifs comme « petit », « rouge », « bon », « rigolo »...
- NBRE**
266. Montre ou nomme le plus grand de 2 objets, quand on le lui demande.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions de cette page, rendez le questionnaire à votre médecin.

Sinon, continuez la partie D.

Partie D

- SO**
- OUI NON**
2. « Rappelle » ou parle de ce que font les autres enfants.
22. Joue à des jeux impliquant un tour de rôle et généralement, attend son tour.
30. Prend l'initiative d'activités qui impliquent la participation d'autres enfants.
10. Donne des indications ou des ordres aux autres enfants.
- AU**
51. Enfile un pull ou met une chemise ou une veste sans aide.
44. Est propre, il contrôle ses besoins d'uriner et d'aller à la selle.
75. Se brosse les dents sans aide.
80. Prend l'initiative de manger, de s'habiller et de se laver, même si parfois, il a besoin d'une petite aide.

MG

91. En courant, est capable de sauter par-dessus un obstacle rencontré sur son chemin.
86. Fait du tricycle en utilisant les pédales.
92. Reste sur un pied en équilibre sans soutien.
- MF**
137. Dessine ou copie des lignes verticales (|) et horizontales (—).
124. Trace ou copie un cercle (le cercle doit être fermé).
133. Fait des constructions avec des cubes comme une maison simple, un pont simple ou une voiture simple.
- LEX**
144. Emploie correctement le passé, par exemple, dit : « Je faisais... » ou « nous voulions... ».
162. Donne des raisons en utilisant le mot « parce que ».

- OUI NON**
155. Parle de ce qui pourrait arriver, dit par exemple : « Il va se faire mal s'il ne fait pas plus attention ».
179. Récite des comptines telles que « 1, 2, 3, nous irons au bois... ».
166. Pose des questions commençant par : « pourquoi ? », « quand ? » ou « comment ? ».
187. Assemble 2 phrases par des mots de liaison comme « et », « ou », « mais ».
188. A beaucoup de vocabulaire (il vous est impossible de compter le nombre exact de mots).
159. Exprime assez facilement ses idées dans des phrases complètes, grammaticalement justes et en prononçant bien la plupart des mots.

171. Utilise des pronoms pluriels tels que : « nous », « vous », « ils », « leurs » ou « eux ».
174. Nomme des formes simples comme le rond, le carré, le triangle ou l'étoile.
169. Raconte en détail ce qui s'est passé, par exemple, formule des phrases structurées comme « Nous allions à..., et nous..., alors nous... ».
- LCO**
198. Parle de lui et des autres enfants en utilisant « garçon » ou « fille » de façon appropriée.
215. Répond aux questions du type : « Que fais-tu quand tu as soif ? ... quand tu as faim ? ... quand tu es fatigué ? ».
205. Répond aux questions de type : « Si... alors... ? » comme « Si tu te blesses, alors que fais-tu ? ».

- OUI NON**
219. Répond aux questions telles que « A quoi sert un four ? ... un livre ? ».
226. Dit son nom et son prénom quand on le lui demande.
232. Comprend et utilise correctement les mots « avant » et « après ».
233. Comprend et utilise correctement les mots « facile » et « difficile » (ou « dur »).
235. Participe aux conversations. Il peut tour à tour parler et écouter les autres.
201. Identifie précisément au moins 4 couleurs en les nommant correctement.
192. Répond aux questions « pourquoi » en donnant de bonnes explications. Par exemple, « pourquoi portons-nous des manteaux ? ».

Source: Ireton et Glascoe, adaptation Duyme et Capron, CNRS, Université 1 Montpellier-Nîmes, Université Montpellier validité par le groupe sur le suivi du NN à risque (CRN-LR), janvier 2008

199. Connait la signification des mots « pareil » et « différent », dit en quoi 2 choses sont identiques ou différentes.
200. Quand on lui demande « qu'est-ce que c'est qu'un...? », décrit l'objet ou dit ce que l'on fait avec. Par exemple, à la question « qu'est-ce qu'une banane? », il répond « c'est un fruit » ou bien « c'est jaune » ou « ça se mange ».

NBRE

257. Compare les objets entre eux. Par exemple, dit : « celui-ci est plus grand... plus lourd... » etc.
268. Lorsqu'il compte des objets, en compte au moins 3.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions de cette page, rendez le questionnaire à votre médecin.

Si non, continuez la partie E.

OUI NON
SO

21. Discute sur la façon de faire certaines choses avec d'autres enfants, exprime ses idées et écoute les idées des autres.
27. Fait ses excuses ou dit « pardon ».
35. Se montre protecteur envers les enfants plus jeunes que lui.
36. Parfois, renoncera à ses propres souhaits au profit du groupe.
19. Suit les règles lorsqu'il joue à des jeux simples comme des jeux de cartes ou de société.

AU

55. Se déshabille entièrement sans aucune aide.
64. Se lavé le visage sans aide.

68. Remarque lorsque le tee-shirt et/ou la culotte est/sont à l'envers et le/les remet à l'endroit.
48. S'habille et se déshabille sans aide (ne pas tenir compte des lacets de chaussures).
65. Est propre tout au long de la nuit.
62. Utilise un couteau pour tartiner.
45. Attache au moins un bouton lorsqu'il ferme son vêtement.
78. En général, regarde des deux côtés de la rue avant de traverser.
46. Boutonne correctement sa chemise ou sa veste, faisant correspondre les boutons aux bons trous.
79. Va aux toilettes sans aide : il fait ses besoins, s'essuie et tire la chasse d'eau.
61. Prend soin de ses affaires personnelles.

MG

90. Saut à cloche-pied au moins deux fois à la suite sans soutien.
95. Saut à cloche-pied sans soutien.
108. Joue à « attraper la balle » avec d'autres enfants, leur lance et l'attrape au moins 1 fois sur 2.
96. Se balance seul sur une balançoire.

Partie E

OUI NON
MF

122. Découpe avec des ciseaux une feuille de papier d'un bout à l'autre.
115. Dessine ou copie une croix (+).
116. Assemble un puzzle comprenant au moins neuf pièces.
123. Dessine des « choses » que l'on peut reconnaître.
126. Dessine ou copie un carré dont les 4 angles sont bien faits (□).
127. Découpe avec des ciseaux en suivant une forme ou un modèle simple.
130. Dessine des personnages composés d'au moins trois parties telles que : la tête, les yeux, le nez, la bouche, les

- cheveux, le corps, les bras ou les jambes.
118. Dessine un bonhomme composé au minimum de la tête avec les yeux, le nez, la bouche, le corps, les jambes et les bras, les mains et les pieds.
134. Dans un livraie de enluminure, colore à l'intérieur des formes dessinées.

LX

151. Formule des phrases structurées comme : « Si je fais ..., alors je peux ... » ou « Quand je ..., alors... ».
168. Utilise des phrases longues, complexes de 10 mots ou plus.
177. Demande la signification des mots.
143. Répète des histoires courtes comme le Petit Chaperon Rouge ; donne les événements dans le bon ordre et la fin de l'histoire.

LCO

236. Parle du futur et de ce qui pourrait arriver dans l'avenir.
204. Répond aux questions comme : « Que fais-tu avec tes yeux ? ... tes oreilles? ... ».
228. Dit son âge sans se tromper quand on lui demande « Quel âge as-tu ? ».

OUI NON

230. Exécute dans le bon ordre une série de 3 ordres simples tels que « D'abord, fais cela, puis ... puis ... ».
210. Utilise les superlatifs, dit par exemple : « le plus fort ..., le meilleur ..., le plus grand ... ».
218. Dit le nom de la ville dans laquelle il vit.
208. Lorsqu'on lui demande « qu'est-ce que ...? », il répond par le nom de la catégorie à laquelle appartient l'objet. Par exemple, à la question : « qu'est-ce qu'un cheval? », il répond « c'est un animal », « qu'est-ce qu'une orange? », il répond « c'est un fruit ».

LE

241. Essai de lire des livres familiaux. Ou, les lit.

Source: Ireton et Glascoe, adaptation Dwyne et Capron, CNRS, Université Montpellier-Nîmes, Université Montpellier validé par le groupe sur le suivi du NN à risque (CRN-LR), janvier 2008

244. Demande la signification des signes comme ceux des panneaux de la signalisation routière ou des publicités, etc.
251. Ecris quelques lettres ou nombres.
254. Ecris son prénom en entier ou au moins 4 lettres de celui-ci.
246. Reconnait et nomme au moins 5 lettres de l'alphabet.
245. Récite correctement l'alphabet sans aide.

NBRE

259. Dit quand un objet est plus petit ou plus grand qu'un autre.
262. Récite les chiffres dans l'ordre de 1 à 10.
265. Sait combien il y a de doigts dans chaque main.
261. Reconnait et nomme quelques nombres simples.
256. Lorsqu'il compte des objets, en compte au moins 10.
263. Sait ce que signifie « moitié » ou « demi ».

MG

105. Fait du vélo à 2 roues avec ou sans roulettes supplémentaires.
107. Fait la roue.

MF

140. Planifie et organise ses dessins ou ses coloriages.

18

Si vous avez répondu NON à toutes les questions de cette page, rendez le questionnaire à votre médecin.

Si non, continuez la partie G.

Partie F

SO

40. Se montre entreprenant dans un groupe d'enfants de son âge, en prenant les directives et en les aidant.
15. Joue aux jeux de société, comme par exemple, aux dames ou aux dominos pour enfants.

AU

LE

59. Met correctement ses chaussures : le pied gauche dans la chaussure gauche et le pied droit dans la chaussure droite.
76. Se verse à boire seul.
71. Verse son lait, ses céréales ou son chocolat dans un bol sans en renverser.
77. Attache ses lacets.
252. Ecris quelques mots simples en copiant un modèle.
255. Reconnait et nomme toutes les lettres de l'alphabet.
242. Reconnait quelques mots simples dans un livre qu'il connaît bien.
243. Ecris 2 mots simples ou plus de mémoire.
253. Lit au moins 4 mots.
248. Ecris son nom et son prénom en orientant les lettres dans la bonne direction.
247. Lit 15 mots ou plus dans un livre nouveau.
249. Ecris l'alphabet - toutes les 26 lettres - en les copiant ou de mémoire.
250. Essaie de lire les mots en les séparant en plusieurs parties, par exemple : « é-lé-phant ».

NBRE

258. Récite les nombres dans l'ordre de 1 à 30.
264. Ecris les chiffres de 1 à 9.

OUI NON

260. Répond aux questions d'arithmétique telles que : « combien font 2+2 ? ... 1+4 ? ... 3+6 ? ... ».
267. Effectue des soustractions simples du type : « combien font 2-1 ? ... 4-2 ? ou ... 6-3 ? ».
270. Peut dire l'heure qu'il est : lit en heures et en minutes.

INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)

Ireton – Adaptation Duyme et Capron

Présentation du Profil simplifié

Cette forme de L'INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) – Profil simplifié concerne les enfants dont le quotient d'âge à l'échelle générale est >85 mais qui semblent en retard dans un des domaines de développement. Dans ce cas, utiliser une méthode de remplissage plus rapide : ne faire remplir que 4 feuillets, ceux correspondant à l'âge chronologique, à l'âge supérieur et aux deux tranches d'âges directement inférieures.

Exemple de remplissage :

Enfant de 42 mois. Son âge chronologique se situe dans la tranche d'âge correspondant à la partie E. Dans ce cas vous faites remplir par les parents les parties E, F, C et D.

Pour le dépouillement : utiliser le Tableau 2 ci-dessous

- Faire les sommes des réponses OUI des 4 feuillets remplis par les parents à L'INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) – Echelle complète, pour chacun des domaines de développement.
- Les questions permettant de calculer le score de développement général apparaissent en gras dans les différentes parties du questionnaire.
- Reporter les totaux dans les cases vides correspondantes du Tableau 2 (lignes *Enfant* des âges et échelles concernées).
- Ajouter les points des âges antérieures (feuillets non remplis), correspondant aux réponses qui sont considérées automatiquement comme étant OUI (*Total théorique*).

Tableau 2

| Echelles | | SO Social | AU Autonomie | MG Moteur global | MF Moteur fin | LEX Expression du langage | LCO Compréhension du langage | LE Apprentissage des lettres | NBRE Apprentissage des nombres | Score de dévelop- pement |
|----------------------------|------------------------|--------------|-----------------|------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Âges | | | | | | | | | | |
| AP <15mois | <i>Total théorique</i> | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| | <i>Enfant</i> | | | | | | | | | |
| A 15/21mois | <i>Total théorique</i> | 11 | 12 | 10 | 5 | 8 | 9 | 0 | 0 | 18 |
| | <i>Enfant</i> | | | | | | | | | |
| B 22/27mois | <i>Total théorique</i> | 5 | 3 | 3 | 4 | 6 | 4 | 0 | 1 | 9 |
| | <i>Enfant</i> | | | | | | | | | |
| C 28/33mois | <i>Total théorique</i> | 11 | 3 | 4 | 3 | 17 | 10 | 0 | 1 | 10 |
| | <i>Enfant</i> | | | | | | | | | |
| D 34/40mois | <i>Total théorique</i> | 4 | 4 | 3 | 3 | 11 | 12 | 0 | 2 | 11 |
| | <i>Enfant</i> | | | | | | | | | |
| E 41/60mois | <i>Total théorique</i> | 5 | 11 | 4 | 9 | 4 | 7 | 6 | 6 | 17 |
| | <i>Enfant</i> | | | | | | | | | |
| F 61/>72mois | <i>Total théorique</i> | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 3 | 9 | 5 | 5 |
| | <i>Enfant</i> | | | | | | | | | |
| Totaux des OUI | <i>Total théorique</i> | 40 | 40 | 30 | 30 | 50 | 50 | 15 | 15 | 70 |
| | <i>Enfant</i> | | | | | | | | | |

- Puis reporter les Totaux des OUI sur la grille de L'INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) - Profil détaillé. Effectuer le profil comme indiqué sur cette fiche.

Source: Ireton et Glascoe, adaptation Duyme et Capron, CNRS, Université 1 Montpellier-Nîmes, Université Montpellier validé par le groupe sur le suivi du NN à risque (CRN-LR), janvier 2008

Tableau 3 -Exemple de dépouillement :

Enfant de 42 mois, suspecté de présenter un retard de langage : les parents ont répondu aux questions des parties C, D, E, et F.

- Les totaux des réponses OUI données par les parents sont reportés dans le **Tableau 3** par domaine. (**En gras**).
- On y ajoute la totalité des OUI théoriques des parties AP, A, et B (feuillet du questionnaire). (*En italique*).

| Echelles | | SO Social | AU Autonomie | MG Moteur global | MF Moteur fin | LEX Expression du langage | LCO Compréhension du langage | LE Apprentissage des lettres | NBRE Apprentissage des nombres | Score de dévelop- pement |
|---|--------------------|--------------|-----------------|------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <i>AP</i> <15mois | Total théorique | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| | Enfant | | | | | | | | | |
| <i>A</i> 15/21mois | Total théorique | 11 | 12 | 10 | 5 | 8 | 9 | 0 | 0 | 18 |
| | Enfant | | | | | | | | | |
| <i>B</i> 22/27mois | Total théorique | 5 | 3 | 3 | 4 | 6 | 4 | 0 | 1 | 9 |
| | Enfant | | | | | | | | | |
| C 28/33mois | Total théorique | | | | | | | | | |
| | Enfant | 11 | 3 | 4 | 3 | 14 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| D 34/40mois | Total théorique | | | | | | | | | |
| | Enfant | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| Age chrono →E 41/60mois | Total théorique | | | | | | | | | |
| | Enfant | 0 | 5 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| F 61/>72mois | Total théorique | | | | | | | | | |
| | Enfant | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Totaux OUI | Enfant | 31 | 29 | 27 | 21 | 32 | 26 | 0 | 1 | 36 |

- Ceci donne un total pour chacun des domaines que l'on reporte sur **L'INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE) - Profil détaillé - Score obtenus aux différents domaines de développement.**
- A la lecture du profil obtenu, on peut lire facilement les âges de développement de l'enfant en fonction des différents domaines : en particulier un retard dans le domaine du langage et des premiers apprentissages scolaires.

| Echelles | | SO Social | AU Autonomie | MG Moteur global | MF Moteur fin | LEX Expression du langage | LCO Compréhension du langage | LE Apprentissage des lettres | NBRE Apprentissage des nombres | Score de dévelop- pement |
|--|--------|--------------|-----------------|------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Totaux OUI | Enfant | 31 | 29 | 27 | 21 | 32 | 26 | 0 | 1 | 36 |
| Age de developpement correspondant | | 36mois | 41mois | 50mois | 39mois | 31mois | 27mois | Non cotable | 23mois | 28mois |

INVENTAIRE DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (IDE)
Ireton - Adaptation Duyme et Capron
EXEMPLE

cf. Tableau 3 : enfant de 42 mois présentant un retard de langage.

| âges | SO | AU | MG | MF | LEX | LCO | LE | NBRE | DEV | âges | |
|------|----|-------|----|----|-------|-------|----|---------|---------|------|-----|
| >72 | | 40 | | | | | | 13 à 15 | 14 - 15 | 70 | >72 |
| 72 | 40 | 39 | 30 | | 50 | 50 | | 13 | 69 | 72 | |
| 71 | | | | | | | 12 | | | 71 | |
| 70 | | | | | | | | | | 70 | |
| 69 | | | | | | | | | 68 | 69 | |
| 68 | | | | | | | 11 | | | 68 | |
| 67 | | | | | | | | 12 | | 67 | |
| 66 | | 38 | | | 49 | 49 | | | 67 | 66 | |
| 65 | 39 | 37 | 29 | | | | 10 | | | 65 | |
| 64 | | | | | | | | | 66 | 64 | |
| 63 | | | | | | | 9 | | | 63 | |
| 62 | | 36 | | | | | | | 65 | 62 | |
| 61 | 38 | | | | 48 | | | 11 | | 61 | |
| 60 | | | 28 | 30 | | | | | | 60 | |
| 59 | | | | | | 48 | 8 | | 64 | 59 | |
| 58 | | | | | 47 | | | | | 58 | |
| 57 | | 35 | | 29 | | | | | 63 | 57 | |
| 56 | | | | | | | 7 | 10 | | 56 | |
| 55 | | 34 | | | | | | | 62 | 55 | |
| 54 | 37 | | | | | | 6 | | | 54 | |
| 53 | | | | | | 47 | | | 61 | 53 | |
| 52 | 36 | 33 | | 28 | | | 5 | 9 | 60 | 52 | |
| 51 | | | | 27 | | | | | | 51 | |
| 50 | | | 27 | | | | 4 | | 59 | 50 | |
| 49 | | 32 | | | 46 | | | | | 49 | |
| 48 | 35 | | | 26 | | 46 | 3 | 8 | 58 | 48 | |
| 47 | | 31 | | | | | | | 57 | 47 | |
| 46 | | | | 25 | | | | | | 46 | |
| 45 | | | | | 45 | 45 | 2 | | 56 | 45 | |
| 44 | | | | 24 | | | | | 55 | 44 | |
| 43 | | 30 | | | | | | 7 | 54 | 43 | |
| 42 | 34 | | | 23 | 44 | | | | | 42 | |
| 41 | | 29 | 26 | 22 | | 44 | | | 53 | 41 | |
| 40 | | | 25 | | 43 | 43 | | | 52 | 40 | |
| 39 | 33 | 28 | | 21 | 42 | 42 | | 6 | 50-51 | 39 | |
| 38 | 32 | 27 | | 20 | 41 | 41 | | | 49 | 38 | |
| 37 | | 26 | 24 | | 40 | 40 | 1 | | 48 | 37 | |
| 36 | 31 | | | 19 | 39 | 39 | | 5 | 47 | 36 | |
| 35 | 30 | 25 | 23 | | 38 | 37-38 | | | 45-46 | 35 | |
| 34 | | 24 | | 18 | 36-37 | 36 | | | 44 | 34 | |
| 33 | 29 | 23 | | | 35 | 35 | | 4 | 43 | 33 | |
| 32 | | | 22 | 17 | 33-34 | 34 | | | 41-42 | 32 | |
| 31 | 28 | 22 | 21 | | 32 | 32-33 | | | 40 | 31 | |
| 30 | 27 | | 20 | | 30-31 | 31 | | 3 | 39 | 30 | |
| 29 | 26 | 21 | | 16 | 28-29 | 29-30 | | | 37-38 | 29 | |
| 28 | 25 | | 19 | | 26-27 | 28 | | | 35/36 | 28 | |
| 27 | 24 | 20 | 18 | 15 | 24-25 | 26-27 | | 2 | 33-34 | 27 | |
| 26 | 23 | | | | 22-23 | 24-25 | | | 31-32 | 26 | |
| 25 | 22 | 19 | 17 | 14 | 20-21 | 22-23 | | | 30 | 25 | |
| 24 | 21 | 18 | 16 | | 19 | 21 | | | 28-29 | 24 | |
| 23 | 20 | 17 | 15 | 13 | 17-18 | 19-20 | | | 26-27 | 23 | |
| 22 | 19 | 16 | | | 15-16 | 18 | | | 24-25 | 22 | |
| 21 | 18 | 15 | 14 | 12 | 14 | 16-17 | | | 22-23 | 21 | |
| 20 | 17 | | 13 | | 12-13 | 15 | | | 20-21 | 20 | |
| 19 | 16 | 14 | 12 | 11 | 11 | 14 | | | 18-19 | 19 | |
| 18 | 15 | 13 | 11 | 10 | 9-10 | 12-13 | | | 16-17 | 18 | |
| 17 | 14 | 11-12 | 10 | | 8 | 11 | | | 14-15 | 17 | |
| 16 | 13 | 10 | 9 | 9 | 6-7 | 10 | | | 13 | 16 | |
| 15 | 12 | 9 | 8 | | 5 | 9 | | | 11-12 | 15 | |
| 14 | 11 | 8 | 7 | 8 | 4 | 7-8 | | | 9-10 | 14 | |
| 13 | 10 | 7 | 6 | | | 6 | | | 7-8 | 13 | |
| 12 | 9 | 6 | 5 | 7 | 3 | 5 | | | 5-6 | 12 | |

Age chronologique

Haut Risque

Très HT Risque