

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA - BEJAIA -
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES



MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention d'un diplôme de master

Option : psychologie : développement et handicap

Thème :

L'influence de la carence affective sur le développement

Psychomoteur chez les enfants assistés

*« Etude de 7 cas âgés entre 11 et 30 mois placés au foyer pour
enfants assistés de Sétif »*

Réalisé par :

Mr. KHENNACHE Abdelghani

Melle. SALMI Souhila

Encadré par :

Dr. BAA Saliha

**Année universitaire
2014-2015**

REMERCIEMENTS

En premier lieu, nous tenons à remercier le bon Dieu de nous avoir donnés la santé, volonté et patience tout au long de notre travail.

Nous tenons à remercier notre promotrice « Dr. BAA Saliha» qui a bien voulu diriger cette recherche nous faisant bénéficier de la qualité de son enseignement.

Nous adressons aussi nos sincères remerciements à Mme MAKHOUHKE pour les précieux conseils qu'elle nous a apportés.

Qu'il nous soit permis de remercier aussi la psychologue du foyer pour enfants assistés de Sétif pour son accueil et sa compréhension.

Nous remercions également toutes les éducatrices du foyer pour leur précieuse collaboration.

Nous remercions bien entendu les membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer ce modeste travail.

Notre profonde reconnaissance et gratitude vont à tous les enseignants de la faculté des sciences humaines et sociales.

Nos reconnaissances pleines d'affection à nos familles et amis pour leur soutien tout au long de ce travail.

Merci à tous

Dédicaces

Je dédie Ce modeste travail à toute ma famille, à tous mes proches, mes chères ami (es) et à mes bien aimé.

ABDELGHANI.

Dédicaces

Je dédie Ce modeste travail à toute ma famille plus particulièrement à ma chère mère, à tous mes proches, mes ami (es) et à mes bien aimé.

Souhila.

Liste des tableaux

Titre des tableaux	Pages
Tableau N° 1 : Les acquisitions psychomotrices de la naissance à 4 mois	35
Tableau N° 2 : Les acquisitions psychomotrices de 6 à 10 mois	36
Tableau N° 3 : Les acquisitions psychomotrices de 11-12 à 30 mois	37
Tableau N° 4 : Un tableau récapitulatif de l'échantillon d'étude	57
Tableau N° 5 : les scores du 1 ^{er} cas « Raouf »	73
Tableau N° 6 : les scores du 2 ^{em} cas « Warda »	79
Tableau N° 7 : les scores du 3 ^{em} cas « Farida »	83
Tableau N° 8 : les scores du 4 ^{em} cas « Laïd »	89
Tableau N° 9 : les scores du 5 ^{em} cas « Adam »	94
Tableau N° 10 : les scores du 6 ^{em} cas « Siham »	100
Tableau N° 11 : les scores du 7 ^{em} cas « Saber »	106
Tableau N° 12 : Récapitulatif des résultats des sept cas	109

Table des matières

Liste des tableaux	
Introduction générale	2

Partie théorique

Chapitre I: La carence affective

Préambule	7
1. La définition de la carence affective	7
2. Un aperçu historique de la carence affective	7
3. Les situations de carences affectives	10
4. Les causes de la carence affective	11
5. Les symptômes d'une carence affective	12
6. Les conséquences d'une carence affective	14
7. Le développement affectif normal du jeune enfant.....	15
7.1. L'apport de la théorie de l'attachement	15
7.2. L'apport des psychanalystes	18
8. L'abandon	23
9. L'abandon et le milieu de substitution	24
La Conclusion du chapitre I.....	24

Chapitre II : Le développement psychomoteur

Préambule	27
1. Les fondements historiques de la psychomotricité	27
2. Les Définitions	28
2.1. La motricité	28
2.2. La psychomotricité	28
2.3. Le développement psychomoteur.....	29
3. Le développement psychomoteur de l'enfant	29
4. L'acquisition d'une fonction motrice	30

4.1. Les facteurs endogènes.....	30
4.2. Les facteurs exogènes.....	31
5. L'organisation psychomotrice et lois de développement psychomoteur	31
5.1. L'organisation psychomotrice.....	31
5.2. L'évolution de tonus et de la posture	33
6. Les normes de développement.....	34
7. Les principales étapes de développement psychomoteur	35
8. Le retard de développement psychomoteur	37
8.1. Les généralités.....	38
8.2. Les définitions.....	39
8.3. Les manifestations du retard du développement psychomoteur	41
8.4. La conduite à tenir face au développement psychomoteur inharmonieux	42
9. La prise en charge des troubles psychomoteurs.....	42
9.1. La thérapie psychomotrice de jeune enfant	42
La Conclusion du chapitre II.....	43

La problématique et les hypothèses

1. La Problématique	44
2. Les Hypothèses	48
3. Les Définitions des concepts	48
3.1. La carence affective.....	48
3.2. Le développement psychomoteur.....	49
3.3. L'enfant assisté.....	49

Partie pratique

Chapitre III : La Méthodologie de la recherche

Préambule	53
1. La Présentation du lieu de la recherche	53
2. La pré-enquête.....	54

3. L'échantillon d'étude.....	56
4. La méthode de la recherche	57
4.1. La méthode clinique	58
5. Les outils utilisés	58
5.1. L'observation clinique	58
5.1.1. La grille d'observation	59
5.2. L'entretien clinique	60
5.2.1. L'entretien semi directif	61
5.3. L'échelle Brunet-Lézine révisé.....	62
6. Le déroulement de la recherche	66
Conclusion du chapitre III	68

Chapitre IV : La description et analyse des résultats

Préambule	70
1. La présentation et analyse des résultats.....	70
1.1. La présentation du Cas n° 1 : « raouf »	70
1.2. La présentation du cas n°2 « Warda »	76
1.3. La présentation du cas n°3 « Farida »	81
1.4. La présentation du cas n°4 « Laid »	86
1.5. La présentation du Cas n° 5 : « Adam »	91
1.6. La présentation du Cas n° 6 : « Siham ».....	97
1.7. La présentation du Cas n° 7 : « Saber ».....	103
2. La synthèse générale.....	108
3. La discussion des hypothèses.....	113
La conclusion générale	116

La Liste bibliographiques

Les Annexes

Partie théorique

Introduction générale

La psychologie du développement est considérée comme une discipline qui met l'accent sur les transformations psychologiques qui vont se produire de la naissance jusqu'à la mort chez l'être humain. Elle s'intéresse aux acquisitions et aux évolutions de celui-ci. L'intérêt de l'étude et de la psychologie du développement à travers l'histoire s'est assez vite croisé avec l'étude des pathologies en particulier chez le bébé car pouvant provoquer des frayages particuliers des chemins du développement.

- On pensait autrefois que les besoins du développement du jeune enfant entrent en jeu selon une séquence hiérarchique, les besoins les plus fondamentaux étant ceux qui sont nécessaires à la simple survivance (tel que le besoin de nourriture et d'eau) et que c'est seulement quand ces besoins ont été correctement satisfaits que des besoins plus élevés surgissent tel que le besoin d'une relation basée sur l'amour. Il est admis maintenant que tous les besoins humains sont liés entre eux et interdépendants d'une manière subtile, complexe et continue. Par exemple, un bébé malheureux peut rejeter la nourriture et même s'il l'accepte, il peut ne pas se développer ; ou bien un enfant peut lutter contre le sommeil de peur que sa mère ou son père quitte la maison. Partant de cet exemple il est certain que l'enfant a besoin pour son développement d'entretenir une vie de famille normale stable, au moins au cours de ses premières années d'existence, celles pendant lesquelles il jouit de la chaude affection de sa mère ou d'une personne susceptible de la remplacer de façon adéquate et permanente. Par contre lorsque l'enfant est privé d'une famille notamment d'une maman suffisamment bonne, ou qui vit dans un environnement peu satisfaisant et pathogène cela peut entraver le développement normal de ce petit vulnérable, du fait que y a du manque affectif et social.

-Ce manque se traduit sous le nom d'une « carence affective », qui signifie l'absence ou l'insuffisance des échanges affectifs essentiels au développement et à l'équilibre affectif d'un sujet. Il y a un état de carence lorsque l'adaptation de la mère aux besoins pulsionnels et vitaux de l'enfant n'est pas suffisamment bonne et satisfaisante, de plus cette carence peut être aussi repérée dans un milieu institutionnel appelé aussi « foyer pour enfants assistés » ce qui représente le terrain de notre recherche que nous allons présenter ultérieurement, ces établissements d'accueil pour enfants abandonnés ne sont pas en mesure de construire avec l'enfant une relation de type « dyadique » semblable à celle de mère/bébé, elles sont visiblement marquées par une pauvreté d'échange affectif et relationnel.

Le développement de 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.

Les fonctions psychomotrices telles que le langage, la motricité globale et fine, la coordination oculomotrice, les compétences de sociabilité... se développent très tôt. Juste après la naissance d'un bébé, sa mère le prend affectueusement dans ses bras, plonge son regard dans le sien et lui parle, avec des caresses, des câlins...celui-ci va tout de suite comprendre qu'il est dans un environnement qui lui veut du bien. Très naturellement, il va alors se mettre à suivre des yeux tout ce qu'on lui dit, tout ce qu'on lui renvoie et tout ce qu'il bouge dans son environnement physique. Les mouvements des lèvres de sa mère, ceux de ces mains aussi qui s'y produisent vont être une grande source de fascination pour lui, et qui va l'encourager par la suite pour s'entraîner, et acquérir et développer le langage, et d'autres fonctions psychomotrices. Donc l'apprentissage des aptitudes psychomotrices se joue entièrement dans la relation affective avec la mère.

Mais il nous semble que dans le cas des enfants abandonnés qui vivent dans un monde privé de relation affective et émotionnelle, le développement psychomoteur se déroule autrement.

L'objectif de notre recherche c'est de relever et de savoir les particularités d'une pouponnière en Algérie et les conditions dans lesquelles vivent les enfants assistés. Puis revenir sur les conséquences négatives qu'elle peut entraîner sur le développement de l'enfant en se référant bien sûr aux divers travaux déjà réalisés dans ce sens.

Le fait de choisir ce thème de recherche « l'influence de la carence affective sur le développement psychomoteur chez les enfants assistés », n'est pas le fruit du hasard, de multiples raisons y sont à l'origine qu'on peut résumer ainsi :

D'abord, l'intérêt de ce sujet pour consolider notre formation en psychologie de développement et handicap et d'enrichir d'avantage nos connaissance a priori dans ce domaine.

Ensuite, notre penchant pour les thèmes qui traitent les différents modes relationnels notamment ceux qui se rattachent au monde des enfants et à leurs conditions de vie.

Puis, l'accessibilité du terrain, du fait des garanties qui nous ont été données par la psychologue de la pouponnière de nous aider et de nous fournir tous les moyens pour le bon déroulement de notre travail de recherche.

Enfin, notre sensibilité à l'égard de tous les marginaux que compte notre société à l'instar des enfants privés de famille.

Signalant que pour traiter le problème posé, on s'est basé sur la méthode descriptive clinique qui permet l'étude de cas par cas des sujets de notre recherche. Pour cela trois techniques ont été choisies, l'observation, l'entretien et l'échelle mesurant les quotients de développement psychomoteur.

Le travail que nous allons présenter se divise en deux parties :

Une partie théorique qui comprend deux chapitres : un chapitre consacré à la carence affective dans ces différentes dimensions : définition, historique, types de carences affectives, ses causes, ses symptômes, ses conséquences, et l'abandon et le milieu de substitution.

Et un autre chapitre où, en premier lieu la définition, les lois et les étapes de développement psychomoteur normal seront abordées. Puis les définitions et les différentes manifestations du retard de développement psychomoteur soient indiquées. Pour conclure une conduite à tenir face à un développement psychomoteur inharmonieux sera proposée.

Puis un chapitre pour la problématique, la formulation des hypothèses et la définition des concepts clés.

Une partie pratique qui se compose de deux chapitres : un chapitre consacré au cadre méthodologique de la recherche, dans lequel on a abordé la présentation de lieu de la recherche, la prés-enquête, la méthode et les outils d'investigation utilisés, l'échantillon d'étude et le déroulement de la recherche. Un autre chapitre pour la présentation, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses.

Chapitre I

La carence affective

Préambule

Lorsqu'un enfant est recueilli dans un foyer ou un orphelinat, on pourrait penser qu'il est sorti d'affaires. Bien sûr, il est à l'abri de la violence, de la faim, de la maltraitance, de l'indifférence. Il aura alors la possibilité de manger à sa faim, d'être soigné, de vivre une vie correcte que d'autres lui envieront ; mais pour autant, ce «havre de paix », aussi bénéfique soit-il, comporte certains manques.

L'enfant qui y attend une famille pour la vie va en subir les conséquences, résultat d'une situation de manque d'un lien affectif, intime et constant, avec sa mère ou un substitut maternel. Cette situation se définit sous le nom de « carence affective ».

1. Définition de la carence affective

La carence affective est définie comme « *une situation dans laquelle un enfant très jeune (moins de 3 ans) ne jouit 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 M., 1979, p. 15).

Donc Un bébé privé de sa mère ou d'un substitut maternel souffre et peut tomber véritablement malade, surtout quand la séparation est brutale et intervient entre six mois et un an. Les effets de cette absence peuvent aller de la dépression réversible (apathie, refus de nourriture, ralentissement du développement psychomoteur...) à de graves altérations physiques et psychiques.

2. Aperçu historique de la carence affective

La première étude à caractère scientifique remonte à 1801, lorsque le Dr **Itard** (1775-1838) prend en charge un enfant sauvage de l'Aveyron qu'il prénomme Victor. Il démontre alors les capacités évolutives de l'enfant en privilégiant l'aspect éducatif, l'apprentissage. C'est lui qui, le premier, met en doute le diagnostic d'« idiotisme incurable » qui doit être attribué, selon lui, à un défaut absolu d'éducation. (Dugravier R. &Guedeney A., 2006, p 408).

En 1908, le Dr **Chapin**, pédiatre américain, décrit comme enfants « atrophiques » les enfants élevés en institution pendant de longues périodes (Prugh, 1962). Il attire aussi l'attention sur le lien entre le retard de croissance, la dépression et l'hygiène chez l'enfant.

En 1915, **Pfaundler** décrit sous le terme d'« hospitalisme » des désordres parmi lesquels il souligne le manque de soins maternels.

C'est à la fin des années 1930 que ce problème est abordé dans la littérature psychiatrique et psychologique où les auteurs décrivent les effets d'un placement précoce en les mettant en relation avec un manque de soins maternels.

La première description de l'indifférence affective à la suite d'une séparation serait celle du Dr **David Levy** publiée à New York en 1937 dans le journal américain de l'ortho psychiatrie, le titre de l'article est « besoin primitif d'affection ». Il est le premier à utiliser les termes de « déprivation maternelle » et de « carence de soins maternels ». Les enfants décrits sont incapables d'établir avec autrui des relations sociales lorsque leurs sentiments entrent en jeu. (Ibid. pp 408-409).

L'apparition de plusieurs recherches qui traitent les conséquences de la déprivation maternelle sur les enfants qui la subissent, et qui font suite aux événements de la seconde guerre mondiale, avec leur nombre considérable de pertes humaines, de familles et enfants démunis et endeuillés, fait que la question de la perte et de la rupture du lien maternel apparaisse.

C'est dans ce contexte historique qu'émerge la question de la perte et de la rupture du lien mère-enfant, et que l'intérêt des chercheurs de l'époque se développe pour l'impact que la séparation d'avec la mère va impliquer sur le développement de l'enfant.

Dorothy Burlingham (1891-1979) et **Anna Freud** (1895-1982) mettent la lumière, entre 1942 et 1955, sur la nature de nombreuses formes de troubles psychiques observés chez des enfants placés dans Les Hampstead Nurseries, pouponnières instituées afin de fournir des soins aux enfants privés de leurs mères en raison des bombardements de Londres. (Mimouni, B.M., 2008, p68)

René Spitz (1887-1947) rapporte en 1946 de célèbres observations qui traitent des effets de la carence affective sur le développement de l'enfant placé en institution. L'auteur remarque

que les signes de désespoir que présentent les nourrissons n'apparaissent pas liés aux conditions matérielles d'accueil, mais sont dues à la rupture des liens maternels non compensés par une qualité d'attention de la part du personnel de la pouponnière.

Il décrit dès lors la *dépression anaclitique* ou *carence affective partielle* chez des nourrissons séparés de leurs mères pendant la deuxième moitié de la première année de la vie, alors qu'ils entretenaient de bonnes relations avec elles avant la séparation. Et si l'objet d'amour ne leur était pas rendu pour une période dépassant cinq mois, les bébés sombraient dans un marasme physique et psychologique, c'est ce que le chercheur nommera *hospitalisme* ou *carence affective totale*. (Ibid., p68)

Au début des années 1950, un éthologue américain du nom de Harry **Harlow** (1905-1981) démontre grâce à ses nombreuses expériences sur des singes rhésus, que le besoin de contact est essentiel pour le développement et classe ainsi le besoin de chaleur affective parmi la catégorie des besoins primaires qui se développent de façon autonome, et sans qu'il y ait eu possibilité d'apprentissage. (Mattera P., p77)

En 1951, le psychanalyste britannique John **Bowlby** (1907-1990), développe la théorie de l'attachement qui portent sur le concept d'attachement et qui mettent l'accent sur la primauté du "besoin d'amour" par rapport aux besoins dits "vitaux" ou même sur la présence ou non de la véritable mère biologique. (Mimouni, B.M., 2008, pp68-69)

En France, et vers la même époque, les chercheuses Myriam **David** (1917-2004), Geneviève **Appell** (1924) et Jenny **Aubry** (1903-1987) réalisent des observations sur des nourrissons séparés de leurs mères dès leur naissance et placés dans des pouponnières. (Dugravier R. & Guedeney A., 2006, pp406-407)

En 1954, la psychologue clinicienne Marie **Ainsworth** (1913-1999) part en Ouganda pour y réaliser durant neuf mois une étude sur les effets de la séparation et du sevrage, et cela à partir de l'observation de bébés évoluant en milieu naturel. (Ainsworth, M.D., 1962)

Mary **Ainsworth** parvient ainsi à catégoriser les enfants selon qu'ils se montrent non attachés à leurs mères, attachés de façon sécurisée ou bien de façon insécurisée. La chercheuse formule ainsi la notion de *base sécurisante* et met en relation les types de

comportements d'attachement qu'elle a observés avec la qualité des soins maternels fournis à l'enfant. Le concept de l'*attachement* sera repris par René **Zazzo** (1910-1995) en 1971.

3. Les situations de carences affectives

Selon Michel **Lemay**, on peut repérer trois situations de carences affectives

3.1 La situation yoyo :

La première situation se déroule au sein même du milieu familial. Un parent seul, démuné, le plus souvent une mère habituellement seule, bien que connaissant des liaisons passagères insatisfaisantes, élève un ou plusieurs enfants dans des conditions socio-affectives et socio-économiques difficiles, ses capacités d'éduquer régulièrement ses enfants sont très faibles. Tantôt elle fusionne avec l'un d'entre eux ou semble l'utiliser comme un objet réparateur de sa propre détresse, tantôt elle s'en désintéresse, le néglige aussi bien sur le plan de l'amour que sur celui des apports nourriciers de base. Puis, dans un mouvement d'appropriation totale, elle le submerge pour quelques heures ou quelques jours de manifestations amoureuses. L'enfant qui vit ainsi une relation dite «yoyo» ne tarde pas à réagir par des comportements déviants qui percutent une mère déjà peu apte à fournir une continuité dans les soins. Lorsque nous regardons l'histoire antérieure de cette femme, nous découvrons régulièrement qu'elle a connu elle-même un univers de ruptures durant ses premières années et qu'elle répète sur sa progéniture le drame qu'elle a vécu.(Lemay M., 1996, p 5).

3.2 La situation dorée :

La carence dorée peut être qualifiée de semi-abandon dans un univers doré. Le petit enfant se trouve ici dans un milieu aisé, parfois très riche, où les parents, pris totalement par leurs tâches professionnelles, délèguent à des domestiques changeant constamment la responsabilité de l'éducation. L'enfant a une chambre splendide, une accumulation de jouets, mais une absence à peu près totale de structures. Il connaît les mêmes discontinuités affectives que les précédents, mais la carence est ici cachée et l'enfant devenant insatisfait et tyrannique, on dirait qu'il est trop gâté alors qu'il est dans un vide complet camouflé par le rideau de l'aisance matérielle.(Ibid. p 5).

3.3 La situation de carence institutionnelle :

Cette troisième situation, est celle qui nous intéresse plus dans notre travail ; c'est bien la carence institutionnelle ou bien (la grande carence) : Il serait inepte de ne porter le regard que

sur la carence familiale. L'institution, dès lors qu'elle se pose en tant que substitut, ou même en suppléance, de la famille n'échappe pas aux risques du manque, les hospices pour enfants et les asiles pour adultes étant de véritables mouiroirs.

Améliorer les conditions de vie ne suffit pas. D'autres facteurs dits carenciels seront repérés et analysés, notamment par René **Spitz**, Jenny **Aubry**, Geneviève **Appel**, tels les changements de personnel, l'irrégularité de l'investissement des soignants, la discontinuité de la relation, la pauvreté des échanges et des stimulations, l'uniformité de l'existence, l'éviction des parents...etc. (Jean-Claude C. & Berrhuel J., 2000, p 76).

La carence de soins maternels que constitue l'institution s'exprime essentiellement par la mauvaise qualité de la prise en charge, la discontinuité de la relation et l'absence d'une figure maternelle stable malgré une kyrielle de personnel qui morcelle l'enfant.

On observe aussi le manque d'hygiène qui caractérise la plupart des institutions et enfin la désafférentation sensori-motrice, intellectuelle, sociale par le manque d'activités dans ces différents domaines ; ce qui maintient l'enfant en état de dépendance totale de la bonne volonté ou de l'incompétence de l'institution. On ne tient compte ni de ses besoins réels ni de ses désirs. Il doit se conformer au programme, aux heures de soins décidés en dehors de sa demande, de sa détresse. Peu à peu les enfants qui arrivent à survivre se conforment au désir de l'institution : ils ne pleurent plus, ne réclament plus et se contentent de prendre ce qu'on leur donne au moment où on leur donne. (Mimouni, B.M., 2008, pp 68-69).

En somme, Ces carences peuvent être :

- **extrafamiliales**, lorsque l'enfant est hospitalisé ou placé en institution, et qu'il ne rencontre pas de substitut maternel approprié. Mais aussi, lorsqu'il subit des séparations répétées, et qu'il perd son aptitude à une relation satisfaisante avec une figure maternelle même si celle-ci est présente et prête à lui donner des soins satisfaisants ;
- **ou intrafamiliales**: un jeune enfant peut souffrir de carence sans être séparé de sa mère si celle-ci s'avère incapable de l'entourer des soins affectueux dont il a besoin par exemple si elle est déprimée. (Dugravier R., 2006, p 126).

4. Les causes de la carence affective

Bowlby (1951) relève trois conditions qui engendrent une carence maternelle :

- L'absence de la mère ou de substitut maternel permanent et adéquat ;

- La discontinuité de la relation avec l'objet maternel ;
- L'insécurité des relations de l'objet maternel.

Etant donné que notre recherche s'articule sur la carence de type institutionnelle, il est important donc de préciser les causes ou les facteurs favorisant la carence dans les milieux de substitutions.

Selon une étude réalisée en **1956**, qui porte sur treize bébés placés dans une institution d'accueil, il existe plusieurs facteurs qui renforcent une carence affective dans le milieu institutionnel qui se résume ainsi :

-D'abord, la multiplicité et l'instabilité du personnel auprès d'un enfant. Le nombre moyen de personnes s'occupant d'un enfant au cours d'un séjour de trois mois étant de 25.

-Ensuite, les longues périodes de solitude de l'enfant malgré le va-et-vient fréquent des infirmières et une surveillance régulière. En effet, les soins sont rapides, sans communication réelle avec le bébé et, entre-temps, les enfants restent dans leur berceau. L'infirmière connaît insuffisamment l'enfant qui est donc peu stimulé.

-Enfin, la faible quantité et la pauvre qualité du contact social. L'infirmière ne regarde guère l'enfant et réciproquement. Les échanges de sourires, de paroles, de gazouillis sont peu fréquents, limités en durée et en intensité. Beaucoup de manifestations spontanées de l'enfant passent inaperçues et restent sans réponse, ce qui contribuerait à l'extinction de conduites innées (sons, sourires de communication, de réponse avec l'adulte). Les soins individualisés sont destinés à améliorer la qualité des échanges. Or, l'infirmière a tout de même du mal à changer sa manière d'être et à utiliser le temps qui lui est donné. (Dugravier R. &Guedeney A., 2006, p 432).

5. Les symptômes d'une carence affective

Les principaux symptômes de la carence se traduisent selon Michel **Lemay**, sur trois plans : relationnel, somatique et cognitif.

5.1 Sur le plan relationnel :

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, la relation de l'enfant à l'adulte est de type régressif, discontinu et défensif. Ce qui impressionne le plus est l'avidité affective de ces enfants qui sont toujours décrits 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. 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. On observe une grande intolérance aux frustrations et aux attentes qui conduit à des manifestations d'agressivité difficiles à supporter.

5.2 Sur le plan somatique :

Au niveau somatique les signes de la carence affective se manifestent par des caprices alimentaires, des troubles du sommeil, un état d'agitation motrice et d'hyperactivité.

5.3 Sur le plan cognitif :

Quant au niveau cognitif un retard du langage et des activités ludiques et une absence d'harmonie dans les acquisitions gestuelles, sont des indices qui permettent de repérer une carence affective. (Lemay M., 1996, p9).

A ces symptômes s'ajoute une inégalité 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. L'avidité et le sentiment de vide orientent l'enfant vers des conduites de vols, de chapardages de nourriture, d'intense rivalité à l'égard de camarades qui possèdent un jouet convoité. Le malaise éveillé par tout échec, le refus crispé des situations compétitives, le peu d'enracinement, autant par rapport à un passé que par rapport à un futur, la tendance à vivre dans l'instant présent, la non croyance en ses possibilités entravent généralement l'intégration scolaire et le statut de «mauvais», «d'incapable» accentue l'altération de l'estime de soi. Toute cette description montre la gravité des séquelles lorsque le sujet victime d'abandon n'a pas pu recevoir une aide. (Ibid., p10)

6. Les conséquences d'une carence affective

L'information sur la relation entre les soins maternels et la santé mentale des enfants provient essentiellement de deux sources : des observations cliniques de personnes s'intéressant aux enfants émotionnellement perturbés et des études psychologiques rétrospectives comparant le développement des enfants élevés par leur famille avec celui d'enfants qui ont grandi, privés d'un foyer aimant et sécurisant (Kellmer M., 1979, p 105).

Les répercussions de la carence en soins maternels marquées à long terme par des troubles de la personnalité et/ou d'un handicap intellectuel, retards de développement et de troubles précoces de la structuration psychique. Ainsi que sur l'acquisition du langage et la facilité d'abstraction. Les enfants élevés en institution sont néanmoins toujours inférieurs aux enfants du même âge en ce qui concerne l'intelligence générale, la mémoire visuelle, la conceptualisation, la fonction verbale et l'adaptation scolaire. (Rousseau D. & Duverger P., 2011, p 133).

Il semble aussi important de rajouter les découvertes de R **Spitz** dans la clinique infantile, auprès des enfants abandonnés qui souffrent de grave carences affectives, puisque c'est grâce à ces travaux que les réactions vitales et psychologique des nourrissons abandonnés par leur mère ou privés de liens d'attachement stables ont été mieux connues. **Spitz** a décrit deux tableaux cliniques montrés comme conséquences de la carence en soins maternelles.

6.1. La dépression anaclitique

La séparation de l'enfant avec la personne privilégiée qui s'occupe de lui dont il est totalement dépendant, va déclencher la dépression anaclitique.

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

Au bout du premier mois, les nourrissons deviennent 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 sa courbe de développement à décroître. Il est fragile physiologiquement et contracte souvent des maladies infectieuses.

Le traitement de ces troubles est le retour de la mère ou d'un substitut équivalent. Le comportement du nourrisson s'améliore rapidement à condition que la durée de la séparation ne dépasse pas trois-cinq mois. L'intervalle de trois à cinq mois est la période charnière. Si la séparation excède cinq mois, le retard psychomoteur et de langage s'installe et le bébé présente alors un état plus dramatique « hospitalisme ». (Sahuc C., 2006, pp 136-137).

6.2. L'hospitalisme

Quand la séparation mère-bébé se prolonge, on observe une évolution vers un état de marasme, physique et psychique, que Spitz appelle «hospitalisme» (carence affective totale). La mort survient alors chez plus d'un tiers des enfants. La diffusion de ces travaux va permettre des améliorations dans la prise en charge des enfants en orphelinat ou en institution. (Rousseau D. & Duverger P., 2011, p 128).

Spitz a observé l'hospitalisme dans un hospice pour enfants abandonnés, dans lequel il y avait une seule nourrice pour huit à douze bébés. Les besoins corporels y étaient satisfaits.

Les nourrices partagent les tâches, 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 de personne référente, et de ce fait aucun lien affectif ne pouvait s'établir. Ces bébés n'arrivent pas à se développer normalement. Leur croissance physique est ralentie, le niveau intellectuel décroît, le langage reste rudimentaire, les troubles caractériels s'installent (anxiété puis indifférence), la résistance aux maladies diminue. (Sillamy N., 2003, p 131)

7. Le développement affectif normal du jeune l'enfant

Le développement affectif du nourrisson est à la fois spécifique de l'espèce et intimement lié aux relations avec ses différents partenaires. Les connaissances dans ce domaine se sont transformées ces dernières années et continuent à évoluer. On met actuellement en relation les grands courants théoriques qui contribuent à la compréhension du développement affectif du nourrisson, notamment : ceux issus de la psychanalyse et de la théorie psychanalytique s'appuyant sur la reconstruction d'un vécu infantile concernant les principales expériences affectives, et ceux issus de la théorie de l'attachement.

7.1. L'apport de la théorie de l'attachement

7.1.1 Concept et lien d'attachement

La théorie de l'attachement, au niveau du développement de l'enfant, a été explorée, depuis plus de 30 ans, tant sur les plans affectif et émotionnel, que sur les plans social et cognitif. Les relations d'attachement parent-enfant constituent un lien affectif entre l'enfant et son parent. En situation de détresse, l'enfant utilise sa figure d'attachement comme base de sécurité pour assurer sa protection et pouvoir ainsi à nouveau explorer son environnement. Si **Bowlby** admet la multiplicité des figures d'attachement, la mère reste la figure principale. Selon le degré de manifestations d'anxiété ou d'évitement exprimé lors des retrouvailles mère-enfant, l'attachement est classé sécurisé, anxieux-évitant, anxieux-résistant ou ambivalent ou encore désorganisé-désorienté. Ce besoin de sécurité est guidé par un modèle interne opérant (MIO), représentation mentale, consciente et inconsciente, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, constituant un schéma mental pour les relations sociales futures de l'enfant. (Pinel-Jacquemin S. & Zaouche-Gaudron C., 2009, pp 167-168).

La naissance psychique de l'enfant dépend de la rencontre de ses propres capacités et de celles de ses parents afin de susciter, de construire et de consolider des liens d'attachement.

7.1.2 Les facteurs qui favorisent un développement affectif harmonieux :

Plusieurs facteurs doivent se conjuguer pour favoriser un développement psychique harmonieux chez le jeune enfant ;

Tout d'abord, il doit être doté d'un équipement somatique suffisamment adéquat et performant pour appréhender le monde extérieur et son monde intérieur, puis évoluer dans un environnement familial qui pense et qui témoigne d'une vie mentale et enfin que son environnement affectif l'investisse en tant que sujet naissant et lui prête des pensées et des besoins spécifiques (Ciccone et al., 1997).

Autant la femme doit rencontrer le regard de son bébé la dévisageant pour se sentir mère, autant l'enfant doit se voir dans les yeux de sa mère pour se sentir exister. Ces deux paradigmes résument cette réciprocité nécessaire à l'installation d'une relation qui peut se nouer et sur laquelle le développement psychique du nouveau-né va pouvoir évoluer. Un petit être humain dès sa naissance a besoin, au même titre que le nourrisson, d'être pris dans un tissu de liens affectifs avec une personne en particulier qui va lui donner par sa vigilance, sa capacité à le rêver et sa présence active et adressée, le sentiment d'exister en se sentant unifié par l'attraction qu'elle représente pour lui.

Grâce aux travaux de **Bowlby** (1975), nous savons que pour s'individualiser en toute sécurité, le bébé a le besoin impératif de vivre l'expérience de l'attachement affectif à une personne maternelle. Ce lien primaire d'une si grande intensité va permettre plus tard à l'enfant de pouvoir se séparer de la ou des personnes référentes, sans angoisses catastrophiques. Il pourra se séparer sans se perdre. (Accard N., Benateau C. et al., 2006, pp 158-159).

La qualité des liens qu'il établira avec ses pairs ou avec d'autres personnes étrangères ou familiales, le définissant comme être social, est en fonction de la qualité du lien primaire qu'il aura vécu avec sa mère. Bien sûr, ce lien se qualifie par l'expérience de la confiance mutuelle, par le respect de son individualité et de ses besoins spécifiques par ses proches, par le vécu de l'investissement de son entourage à son égard. Comme le cite Erna **Furman**, les parents doivent être là pour être quittés (Furman, 2003).

Il est de nombreux cas où des contextes familiaux peuvent venir perturber les conditions nécessaires à un développement psychoaffectif d'assez bonne qualité pour voir naître un sujet désirant. La principale raison évaluée comme élément pouvant amener des troubles dans la relation est la non-disponibilité parentale que l'on retrouve généralement dans les contextes de carence, de psychose et de dépression maternelle du post-partum sans omettre la dépression paternelle ou ses équivalents. (Ibid., p 159).

Si les réponses de l'entourage sont adéquates au besoin d'attachement de l'enfant, il développera une base de sécurité et une image de lui-même positive. A partir de cette base de sécurité, de nouvelles compétences apparaissent : capacité de se séparer pour explorer l'environnement, d'attendre une réponse et plus tard de répondre à son tour aux besoins d'attachement d'un plus petit ou d'un plus faible. Ceci caractérise un attachement sécurisé. Quand les réponses de l'entourage aux besoins d'attachement ne sont pas adéquates la base de sécurité de l'enfant, l'image de lui-même, sa confiance en lui et en l'autre ne seront pas satisfaisantes. Il va développer un attachement angoissé, ambivalent, évitant ou désorganisé. (Maury M., 2008, p47).

En somme, le jeune enfant a besoin pour un développement affectif harmonieux de bénéficier à travers les échanges avec sa mère ou tout adulte prenant soin de lui, des éléments suivants :

- une disponibilité affective de l'adulte ;
- une souplesse des réponses de l'adulte ;
- de la stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps ;

- plénitude des apports affectifs ;
- souplesse d'adaptation à ses besoins ;
- stabilité de la relation (Kreislner, 1987).

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les interactions seront perturbées dans leurs différents niveaux d'expression. On verra apparaître des symptômes cliniques chez le nourrisson (troubles psychologiques à expression somatique, dépression du nourrisson...) pouvant signifier: soit une insuffisance dans l'attachement avec carence affective, soit un défaut de protection avec envahissement de la relation par les angoisses de l'adulte. (Ibid., p51).

7.2. L'apport des psychanalystes

Depuis une trentaine d'années, de nombreuses conceptualisations de la relation mère-bébé ont été élaborées par des cliniciens essentiellement d'obédience psychanalytique. **Darchis** (2000) en a dressé la liste : la préoccupation maternelle primaire (**Winnicott**, 1956), la capacité de rêverie maternelle (**Bion**, 1962), Le dialogue tonique (**Wallon**, 1975), les prosodies et l'accordage affectif (**Stern**, 1977), l'attachement (Bowlby, 1984 ; Spitz, 1985), les interactions fantasmatiques (**Lebovici**, 1989), l'interaction affective, les compétences des mères et de leur nouveau-né (**Brazelton**, 1990-1991)...etc.

Grâce au modèle explicatif qu'ils offrent, ces concepts permettent d'interpréter, sous différents aspects, l'interaction mère-bébé et son rôle prépondérant qu'elles jouent dans le développement affectif et social du petit de l'homme.

Nous citerons dans cette partie quelques points cruciaux des auteurs psychanalystes concernant les conditions favorisant un développement affectif normal chez le nouveau-né, notamment la relation mère/bébé comme point de vu central.

7.2.1 L'apport de Marguerite Mahler :

Chez tout enfant se déroule un processus d'individuation et de séparation (psychique), qui permet le développement du sentiment de conscience de soi. Ce concept, introduit par **M. Mahler**, psychiatre et psychanalyste d'enfants, distingue la naissance biologique de la "naissance psychologique". Si la coupure du cordon ombilical amène une distanciation physique du bébé par rapport à sa mère, le sentiment d'exister comme être individualisé

apparaît progressivement. Ce processus de séparation-individuation évolue au gré des différentes acquisitions de l'enfant :

- Utilisation d'un objet transitionnel, terme décrit par D.W. **Winnicott** ;
- Déplacement autonome avec éloignement, grâce à la marche ;
- Exploration de l'espace et des objets ;
- Utilisation du langage ;
- Jeu symbolique ;
- Découverte de la différence des sexes...

L'évolution du processus d'individuation est bien sûr liée aux réponses de l'entourage et à la qualité de l'attachement mis en place. Il est indispensable "de bien s'attacher" pour devenir capable de "bien se détacher", ce qui est la voie normale de l'individuation. (Maury M., 2008, p 47).

7.2.2 L'apport de Donald Wood Winnicott:

Il est important aussi de souligner que les travaux de D.W.**Winnicott** Pédiatre, psychanalyste anglais, restent toujours d'actualité, de nombreux auteurs contemporains continuent d'étudier la relation mère/ enfant et le rôle de l'environnement dans le développement de l'enfant. Pour **Winnicott**, l'enfant aurait des tendances innées au développement. Pour qu'elles se développent, il faut qu'il trouve autour de lui l'environnement nécessaire et suffisamment bon.

« Il semble, d'après cette thèse, qu'un environnement suffisamment bon dès le stade primaire, permet au petit enfant de commencer à exister, D'édifier un moi personnel, ... de faire face à toutes les difficultés inhérentes à la vie ». (Winnicott D.W. (Courtinat Elisabeth), De la pédiatrie À la psychanalyse, 1969, p 290).

Si la mère fournit, au tout début de la vie, une assez bonne adaptation aux besoins de son bébé, un cadre continu et sécurisant, si elle est suffisamment bonne, *« la propre ligne de vie de l'enfant est très peu perturbée par les réactions aux empiètements de l'environnement... »*. Par contre, du fait de l'inadaptation de la mère, l'enfant est en prise directe avec l'environnement. Ses propres réactions, face à un environnement qu'il ne peut pas décrypter du fait de l'absence de médiation, de symbolisation de la mère, vont entraîner des ruptures dans son développement et dans sa « continuité d'être ». L'enfant ne peut mettre du sens sur ce qui lui arrive, Il est submergé. Ces ruptures vont bien au-delà de la simple

frustration mais sont des menaces pour sa sécurité interne. «...*Les carences maternelles provoquent des réactions aux empiètements et ces réactions interrompent la continuité d'être de l'enfant ...* ». (Winnicott D.W. (Courtinat Elisabeth) De la Pédiatrie à la Psychanalyse 1969, p 289).

On ne peut s'intéresser à l'amour maternel sans évoquer largement ce que **Winnicott** a appelé dans '*De la pédiatrie à la psychanalyse*' : « la préoccupation maternelle primaire ».c'est-à-dire de la capacité de la mère à se substituer aux fonctions défaillantes du nourrisson dans l'harmonie du « ni trop, ni pas assez ». « Le nourrisson n'existe pas », dit-il. Il fait un avec sa mère le maintenant et le tenant, lui donnant cette continuité des soins qui permet cette ébauche de fonctionnement mental que constitue pour l'enfant la perception vague, diffuse, de ce « sentiment continu d'exister », que **Winnicott** va appeler le self, le soi. Complété par sa mère, l'enfant n'est plus cet être immature, incapable d'agir sur le monde extérieur, mais il acquiert le sentiment qu'il peut créer ses satisfactions, fondement du sentiment de confiance en lui et dans sa capacité à entrer en relation avec un monde extérieur qui est ainsi rendu satisfaisant. C'est ce que **Winnicott** appelle le « champ de l'illusion » : l'enfant a l'illusion sécurisante et réconfortante de posséder la capacité de trouver une réponse satisfaisante à ses besoins et une issue heureuse à ses tensions. **Winnicott** lui-même dit « *La mère qui a atteint cet état que j'ai nommé "préoccupation maternelle primaire" fournit à l'enfant des conditions dans lesquelles sa constitution pourra commencer à se manifester, ses tendances à l'évolution se développer et où il pourra ressentir le mouvement spontané et vivre en propre des sensations particulières à cette période primitive de vie.* ». (Amy M-D., 2008, pp163-164).

7.2.3 L'apport de René Spitz :

Les travaux incontestables de **R. Spitz** à propos du développement affectif de l'enfant semblent importants pour étayer ce sujet. Cet auteur a distingué trois stades qui sont :

7.2.3.1 Le stade non objectal

Spitz emploie le terme de non différenciation, il démontre que le nouveau-né n'est pas encore organisé dans la perception, l'activité, le fonctionnement c'est-à-dire le psychique et le somatique ne sont pas séparés, l'environnement n'est pas perçu donc les notions d'intérieurs et d'extérieurs n'existent pas, les parties du corps ne sont pas ressenties comme différentes, et

il n'y a pas de séparation entre l'objet et pulsion, si on ignore le monde qui l'entoure donc il ne peut reconnaître l'objet libidinal.

Lorsque le stimulus d'origine interne (faim ou soif) ou externe (bruit ou lumière) se dépasse, l'enfant réagit à cette excitation négative par le déplaisir, un processus de décharge (cris) pour retrouver la quiétude par la satisfaction des besoins et elle l'isole d'excès des stimuli externes. Les stimuli ne sont pas reconnus par l'enfant, c'est avec l'expérience qu'il va les mémoriser et donner ensuite une image cohérente du monde. Cette capacité d'enregistrement est développée par la maturation.

L'enfant grâce à sa relation avec sa mère fait un certain apprentissage qui conduit à la perception de la zone de transition, le « museau » c'est une région qui servira d'intermédiaire entre la perception interne et la perception externe. Elle est importante dans la relation mère-enfant au cours de l'allaitement naturel ou artificiel, c'est par cette zone que la perception de stimulus externe (mamelon ou tétine), soit reconnu par l'enfant, cette perception n'est pas possible que si le déplaisir et la décharge qu'il entraîne s'interrompent. L'enfant en se nourrissant, sent le mamelon ou la tétine dans sa bouche et voit le visage de sa mère. Le contact au cours de l'allaitement peut se perdre momentanément mais le contact à distance du visage reste continu. Ce qui permet le début de la formation de l'objet. (Golse B., 2008, pp 54-56).

7.2.3.2 Le stade de précurseur de l'objet

Dès l'âge de deux mois, l'enfant perçoit au premier le visage humain, par le sourire vis-à-vis du visage familial (de 2 à 6 mois chez 98% des enfants). S'il sourit à n'importe quel visage, c'est qu'il ne perçoit pas encore l'objet libidinal (personne) mais seulement un signe, que **Spitz** appelle le prés-objet l'enfant n'est pas capable de distinguer un visage de l'autre donc l'objet libidinal n'est pas établi. (Ibid., p56).

Le sourire chez le bébé est une manifestation du comportement favorisée par les relations mère-enfant, créant un climat émotionnel c'est à travers la que la mère permettra l'émergence et le développement du conscient chez l'enfant. La mère a un rôle important dans ses processus d'apprentissages, c'est par sa mère que ses expériences prendront vie et ses effets émergeront et s'orienteront. A cet âge-là, la mère est le représentant de l'environnement. La dyade mère-enfant facilite l'apparition du premier indicateur (sourire) et **Spitz** insiste beaucoup sur la communication qui existe dans cette dyade. Les actions conscientes et les

attitudes inconscientes de la mère exercent sur l'enfant « un renforcement primaire ». Spitz parle de processus de modelage, il s'agit d'une série d'échanges entre la mère et le bébé qui s'influencent réciproquement d'une manière circulaire. Cette communication se fait au début par l'intermédiaire de signaux dans le cadre de « climat affectif » entre les deux que Spitz appelle « la totalité des forces influençant le développement de l'enfant ». C'est la répétition de la satisfaction et de la frustration dans des situations ultérieures identiques, quotidiennes qui feront naître les premiers effets de plaisir (sourire) ou affects de déplaisir (pleurs). Pour que les expériences reçues par le bébé soient investies affectivement, il faut que les traces mnésiques soient établies et la réponse par le sourire comme indicateur d'affect devient comme une façon d'opérer des premiers processus de pensée.

L'affect de plaisir et celui de déplaisir jouent un rôle très important dans le développement de l'enfant. Vers 6 mois, les pulsions agressives et libidinales s'adressant à la personne la plus fortement investie affectivement, fait émerger l'objet libidinal. C'est le commencement de véritables relations objectales. (Glose B., 2008, pp 56 - 58).

7.2.3.3 Le stade de l'objet libidinal

Au huitième mois, les capacités d'une différenciation perceptive sont bien développées. Lorsque l'enfant se trouve face à un inconnu, il refuse le contact. Ce refus est accompagné d'angoisse (angoisse de 8^{ème} mois), une angoisse de perte d'objet, l'enfant se sent abandonné de sa mère. Dans ce deuxième organisateur psychique « angoisse de 8^{ème} mois », la mère devenue l'objet libidinal, elle est l'objet privilégié dans le secteur visuel mais avant tout dans le domaine affectif, l'enfant progresse dans les secteurs perceptif, moteur et affectif, s'accompagnant d'imitation et d'identification en moyens d'autonomie par rapport à la mère et une ouverture des relations aux autres par l'acquisition du non. (Ibid. p 58-59).

Vers la fin de la première année, l'enfant marche, ce qui lui permet de multiplier ses activités à distance de sa mère et de s'éloigner de son regard.

La mère fixe les limites pour l'enfant, les interdictions avec les gestes, la voix et le « non ». L'enfant se trouve dans un conflit entre son attachement libidinal à sa mère et la peur de la perdre si il transgresse ses interdits, et pour faire face à ce conflit, l'enfant exprime son agressivité vis-à-vis de sa mère par le processus d'identification à l'objet libidinal que Spitz appelle l'identification au frustrateur parce que la mère en interdisant une action à l'enfant, elle lui impose une frustration, un déplaisir provoquant un investissement agressif venu du Ça.

Au niveau de l'affect, l'enfant perçoit que ce que **Spitz** appelle l'affect « tu n'es pas pour moi tu es contre moi ». En s'identifiant à l'agresseur l'enfant s'approprie le geste avec l'affect (contre). (Ibid., p 59).

Vers le quinzième mois se révèle le troisième organisateur qui indique que l'enfant est parvenu par le geste du signe de tête, à réaliser l'abstraction d'un refus ou d'une dénégation. Le « Non » est le premier concept abstrait acquis par l'enfant et la première expression avec des symboles sémantiques d'une communication à distance. La maîtrise du « non » par l'enfant est le début de la communication verbale. (Ibid. p60)

8. L'abandon

L'abandon, anciennement « à bandon », trouve son origine dans la langue germanique et signifie littéralement « au pouvoir de ». Le verbe abandonner qui en découle signifiant l'action de quitter, de cesser de s'occuper, de livrer au pouvoir de...etc.

8.1. La rupture des liens de filiation :

Chez l'homme, la filiation se réfère à trois axes :

- Un axe biologique : c'est l'acte de procréation, mais cela ne suffit pas à être parent : « un spermatozoïde n'a jamais fait un père ».
- Un axe juridique : cadre législatif fonction de données socioculturelles.
- Un axe psychique : qui permet le mariage du biologique, du social et du subjectif. Cette filiation psychique se construit avec le temps et elle permet de se considérer comme « fils de » ou « fille de ».

L'enfant a besoin, pour sa construction identitaire, de ces liens qui assurent la stabilité, la permanence, et lui procurent un sentiment de continuité d'être et de sécurité interne. (Vidailuet C., PP 3-4)

Les liens de filiation permettent à l'enfant de se situer dans une histoire, la sienne et celle de ses parents, dans un réseau généalogique. Ils lui assurent un ancrage transgénérationnel entre le passé et le futur, ainsi qu'un sentiment d'appartenance à un corps familial.

8.2 Les enfants assistés :

On désigne sous le terme d'enfants assistés :

- les enfants trouvés, exposés, de père et mère inconnus ;

- des enfants dont la mère a demandé le secret de l'accouchement (accouchement sous X) ;
- des enfants orphelins qui n'ont aucune famille pour assurer leur tutelle,
- des enfants moralement abandonnés dont les parents font l'objet d'un retrait d'autorité parentale ;
- les enfants déclarés abandonnés par la justice lorsque les parents se sont désintéressés d'eux pendant plus d'un an alors qu'ils étaient placés.
- les enfants remis par leurs parents au département, parents qui signent un procès verbal d'abandon, appelé à présent cession des droits à l'adoption. (Ibid., p8)

8.3 La névrose d'abandon :

La névrose d'abandon est décrite par, Germaine **Guex** (1904-1964) une psychologue et psychanalyste suisse, d'origine française, dans le cadre des séquelles de carence affective, a long terme, **Guex** constate que les personnes privées très précocement d'amour pouvaient devenir des sujets tantôt avides d'affection, toujours en quête affective, dépendants sur le plan affectif, revendicatifs, toujours insatisfaits, vivant dans une recherche perpétuelle d'amour ; tantôt, au contraire, ces personnes privées précocement d'amour pouvaient devenir des sujets agressifs, opposants, poussant à bout leurs parents adoptifs ou le personnel soignant, testant en permanence les limites. (Samacher R., 2005, p267)

On entend par ce qui se précède, comme si l'enfant abandonné se sentait coupable, comme s'il avait mérité cet abandon parce qu'il aurait été non aimable, non digne d'amour. Par conséquent, il développe une image dévalorisée de lui-même.

9. L'abandon et le milieu de substitution

Les raisons pour lesquelles des enfants doivent vivre séparés de leur famille vont de l'insuffisance parentale et de la pathologie incurable à l'incapacité de faire face à des circonstances accablantes, et de la crise temporaire à l'abandon définitif.

Quand un enfant abandonné entre dans un établissement, le rapport enfants/personnel ainsi que la formation du personnel sont d'une importance capitale : un personnel trop peu nombreux et la priorité donnée à l'instruction de l'enfant sur son développement auront très probablement pour effet de retarder le développement du langage. En outre, moins de 4 % de tous les personnels des établissements sont formés de manière satisfaisante à leur travail et 62 % sont totalement non qualifiés (Jones, 1973).

La séparation d'avec sa famille et la vie loin d'elle pendant un certain temps seront alors pour l'enfant une expérience supplémentaire déroutante dans le meilleur des cas, et au pire, perturbante et nocive. En fait, un certain nombre d'enfants institutionnalisés peuvent devenir le groupe le plus défavorisé à l'intérieur de chaque classe sociale. Il est difficile, sinon impossible, d'isoler les effets de la séparation des autres influences défavorables auxquelles ces enfants sont exposés. Lorsqu'il est pris en charge, l'établissement d'un lien d'affection pourrait aider l'enfant à regagner sa confiance en lui, mais cela demande du temps et la continuité des contacts quotidiens. La plupart, sinon la totalité, des pouponnières et des homes d'enfants sont incapables de fournir l'un comme l'autre. Le taux de rotation du personnel empêche aussi d'établir des relations à long terme. On connaît bien maintenant les conséquences d'une telle situation. Les jeunes enfants ont été exposés et de les évaluer. Aussi l'expérience de la prise en charge elle-même sera différente pour chaque enfant suivant son âge, le temps passé loin de sa famille et la fréquence à laquelle on l'a changé de foyers de substitution. Elle sera différente aussi suivant qu'il est resté ou non en contact avec les membres de sa famille ou d'autres proches, ainsi que selon sa propre résistance à la tension.

Les enfants qui restent longtemps dans les institutions ont tendance à réclamer de l'affection, à s'accrocher aux visiteurs et, plus tard, à nouer des amitiés au hasard et ils auront des difficultés à former des relations durables. Il a été aussi démontré qu'une vie institutionnelle précoce et prolongée nuira à la réussite d'un placement nourricier ultérieur. (Kellmer M., 1979, p 159).

Conclusion

Comme disait Winnicott « *le bébé seul n'existe pas* », donc ce petit de l'homme est dans le besoin d'être pris en charge, élevé dans une atmosphère chaleureuse et être uni à sa mère ou à la personne faisant fonction d'une maman suffisamment bonne par un lien affectif intime et constant. Cependant lorsque l'enfant vit dans un environnement pathogène, avec des conditions insuffisantes pour son bien-être, on assiste à des états de perturbation, de marasme et de désorganisation psychique de l'enfant. Pour éviter ce drame actuellement, auteurs et praticiens s'attachent à mettre en place une prévention de la carence, tant institutionnelle que familiale. Les résultats sont prometteurs lorsqu'une thérapie adaptée intervient dans les périodes sensibles de la grossesse ou lors des interactions précoces mère-enfant.

Chapitre II

Le développement psychomoteur

Préambule

Le développement psychomoteur est programmé génétiquement pour chaque espèce, pour l'enfant le développement psychomoteur est le reflet de la maturation cérébrale. Ainsi le développement du système nerveux central suit étape par étape un programme déterminé, de nombreuses modifications biochimiques et neurophysiologiques l'accompagnent.

Les facteurs environnementaux peuvent quant à eux moduler le développement cérébral, certaines stimulations étant cruciales aux phases précoces de développement, de nombreuses études actuelles soulignent l'importance du processus d'apprentissage, compensé par un climat de tendresse, d'amour et de sécurité dans la mise en place des différentes acquisitions psychomotrices. Par exemple un enfant privé de soins ou non stimulé présentera un retard important dans ses acquisitions.

1. Les fondements historiques de la psychomotricité

Pour les anciens grecs, une harmonie fondamentale existe entre l'expression corporelle et l'expression verbale. Depuis Platon (427-347 av J-C), l'âme et le corps sont opposés. Cependant la notion de la psyché est moins restrictive qu'elle ne l'est pour nous.

R. Descartes (1596-1650), théorise la notion de séparation (dichotomie) de l'être humain, duquel il isole d'une part le corps, objet visible, mesurable, et d'autre part le moi sujet connaissant l'esprit.

M. Itard (1775-1838), est le premier à établir une relation entre le corps et l'intelligence sensori-motrice.

C. Bernard (1813-1878), **P Broca** (1824-1880) et bien d'autre neurophysiologistes et anatomo-pathologistes essaient de découvrir le corps humain ,vers la fin du XIXe siècle, des neurologues puis des psychologues et des psychiatres , enfin des philosophes s'intéressent à la question du corps.

E. Dupré (1862-1921) généraliste et psychiatre, est l'initiateur de la psychomotricité de l'enfant en 1913, il introduit pour la première fois le terme et le concept de psychomotricité.

Le concept de psychomotricité évolue grâce à l'influence de la psychanalyse, puis grâce à l'influence de la psychologie du développement **H. Wallon** (1879-1962) psychologue, médecin, nous montre que la symbiose entre l'enfant et sa mère s'exprime par des

phénomènes moteurs dans un « dialogue tonique », il décrira le développement des fonctions motrices et psychomotrices, il affirma l'importance du mouvement dans le développement de l'enfant.

Une fameuse contribution en (1959) va constituer l'acte fondateur de la psychomotricité, **Julian De Ajuriaguerra** isole et définit les troubles psychomoteurs en intégrant les apports de la neuropsychiatrie (Dupré), de la psychologie génétique (Wallon) et de la phénoménologie.

J. Piaget (1896-1980) psychologue et pédagogue suisse, précise que le développement de l'intelligence de l'enfant passe d'abord par un stade « sensori-moteur » basé sur l'utilisation des schèmes moteurs et perceptifs. (Richard J & Rubio L., 1994, pp 167,168).

La psychanalyse démontre que le mouvement n'a pas qu'une existence objective, mais aussi une existence fantasmatique et que la fonction motrice a un lien avec la vie affective.

R. Spitz (1887-1974) médecin et psychanalyste américain d'origine hongroise, souligne les effets catastrophiques des carences affectives précoces sur le développement psychomoteur de l'enfant.

G. Heuyer (1884-1977), psychiatre à la salpêtrière, réalisateur des idées d'E Dupré devient le premier titulaire d'une chaire de psychiatrie infantile. (Ibid., p169).

2. Définitions

2.1 La motricité

Selon **F. Brin** et al. Dans le dictionnaire de l'orthophonie, (2004) la définition de la motricité est la suivante : « *la motricité est une fonction des mouvements du corps, volontaire, réflexes ou automatique, assurée par l'appareil neuromusculaire.* »

2.2 La psychomotricité

« *La psychomotricité représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques et plus particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des positions, des mimiques. Elle étudie la façon dont sont marquées dans le corps un certain nombre de modalités évolutives des mécanismes des fonctions instrumentales et relationnelles* ». (Ballouard CH., 2008, p05).

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 F. & al., 2004, p 209).

2.3 Développement psychomoteur

Le terme de psychomoteur exprime d'emblée que le développement de la motricité est très lié à celui de l'affectivité, il est défini par **H. Bloch** et al dans le grand dictionnaire de la psychologie, (1992) comme suit : « *Changements structuraux qui permettent à l'organisme d'augmenter ses capacités biologiques et psychomotrices en adaptant les dépenses d'énergie à un comportement donné.* ».

Le développement psychomoteur est le développement de l'activité motrice traversé par celui du psychisme qui permet à l'être humain :

- D'acquérir des gestes ;
- Organisés dans le temps ;
- De se représenter son corps statique et en mouvement. (Lacombe J., 2007, p 22).

3. Le développement psychomoteur chez l'enfant

L'activité motrice est un instrument fondamental de l'enfant pour conquérir son univers. Cet instrument on ne peut pas l'étudier seulement d'un point de vue physiologique mais il doit être rattaché à la vie psychique de celui-ci. Donc l'activité motrice de l'enfant peut être considéré comme :

- Une interaction complexe entre le moteur et le psychisme

Un développement moteur normal sous-entend un psychisme d'une certaine qualité. L'activité motrice, dans la mesure où elle est intentionnelle, cette activité motrice ne peut pas être séparée de l'intelligence et de la connaissance.

Certains psychologues ont vu dans les réflexes des conduites ouvertes vers l'adaptation et le développement (donc pouvant être modifiées et se complexifier).

Pour **Piaget**, au départ, l'intelligence réside dans les actions sensori-motrices, il considère que certains réflexes (différents des archaïques), ceux susceptibles de s'adapter (de se modifier et

de se complexifier en fonction des situations) étaient susceptible de devenir des conduites psychologiques (donc de se transformer en schèmes réflexes).

Les réflexes qui peuvent s'adapter selon lui sont : les réflexes de succion, ces réflexes permettent l'avènement des premières conduites psychologiques et marque le début de l'intelligence selon lui.

Les réflexes sont à la base des actions sensori-motrice et donc de l'intelligence avant le langage.

De ce fait, l'activité motrice est l'action qui aide l'intelligence à se construire car l'enfant tout petit agit, et, c'est progressivement qu'il sera capable de se représenter dans la tête ce qu'il a fait. L'action de l'immédiat et du concret passera à des conduites plus élaborées, l'une nourrit l'autre. Le moteur aide l'intelligence à se construire et inversement.

- Le dialogue tonique qui précède le dialogue verbal

Dans le psychologique, il n'y a pas que l'intelligence, la notion d'émotion est importante. Il existe une interaction entre le moteur et l'émotionnel, **Wallon** dans ses travaux sur le développement psychologique de l'enfant avait démontré le retentissement du tonus musculaire sur l'état émotionnel où il accorde une importance capitale au mouvement.

Pour lui, « *le mouvement est tout ce qui peut témoigner de la vie psychique, et il la traduit toute entière, du moins jusqu'au moment où survient la parole* ». (Mattera P., 2005, p 74).

Donc l'activité motrice est fonction de la qualité des échanges émotionnels entre la mère et l'enfant.

Pour que le développement psychomoteur de l'enfant soit harmonieux, il est nécessaire que l'enfant se sente bien et qu'il éprouve du plaisir. (Nelly TH., 2003, 2004, p07).

4 L'acquisition d'une fonction motrice

Le développement psychomoteur se fait en fonction du domaine endogène et du domaine exogène, c'est-à-dire de la physiologie, de l'anatomie et de l'environnement.

4.1 Facteurs endogènes

Il s'agit de la maturation cérébrale qui dépend quant à elle de trois facteurs :

- Le développement anatomique : L'enfant possède toutes les cellules nécessaires à son bon fonctionnement. En fonction de la stimulation et du stade de développement, le fonctionnement se met en place.

- Le développement neurophysiologique : il s'agit du processus de myélinisation. Au départ de sa vie, le nouveau-né possède un réseau nerveux déjà très élaboré mais partiellement en état de marche.

La gaine de myéline qui entoure les nerfs et qui a pour fonction de faciliter la transmission de l'influx nerveux n'est pas terminée. La myélinisation se poursuit pendant l'enfance, entraînant une progression dans les domaines moteur, cognitif et perceptif. La myélinisation s'achève vers l'âge de 12 ans.

- Le développement neuro-moteur : le système neuro-moteur devient efficient avec la maturation cérébrale et à force de stimulations extérieures. (Maitrot G., 2003, p11)

4.2 Facteurs exogènes :

Le développement psychomoteur dépend aussi de l'environnement de l'enfant tel que :

- L'apprentissage : il se fait par l'expérimentation et par l'entraînement qui laissent des traces dans le corps. L'expérience est mémorisée puis transposée dans d'autres actions. La richesse de l'expérimentation dépend de la qualité des stimulations.

- La vie relationnelle est un facteur essentiel pour l'élaboration du développement psychomoteur.

Quel que soit son environnement (famille, hôpital, pouponnière), l'enfant a besoin, pour lui permettre un développement psychomoteur et psychoaffectif harmonieux, de recevoir une qualité et une continuité d'attention pour mettre en place des attachements privilégiés, c'est-à-dire des relations stables et sécurisantes. (Bucher H., 2004, p21).

5. L'organisation psychomotrice et lois de développement psychomoteur

En fait, nous ne pouvons comprendre la psychomotricité que si nous essayons d'approfondir l'étude de son développement. Il s'agit d'adopter une méthodologie qui tienne compte de l'histoire des fonctions et des déterminations qui marque leur évolution dans le sens de leur différenciation.

5.1 L'organisation psychomotrice : le développement psychomoteur vu du côté moteur passe schématiquement par plusieurs phases :

5.1.1 L'organisation de la charpente motrice : organisation tonique de fond c'est-à-dire disjonction des freins toniques organisation proprioceptive vestibulaire, disparition des réactions primitives. (Joly F & Labes G., 2009, p59).

C'est-à-dire qu'au départ, le bébé a une motricité globale dont les décharges sont généralisées à tout le corps. L'activité motrice s'affine pour devenir de plus en plus fine, plus élaborée et plus localisée. Le bébé passe d'une motricité involontaire à une motricité volontaire.

5.1.2 L'organisation du plan moteur du corps : elle s'ordonne par l'intégration successive suivie de l'intégration simultanée. La mélodie kinétique vécue du corps se caractérise par une mobilité unitaire du corps approfondie dans le temps et dans l'espace par des formes qui se font en se faisant. Nous évoluons ainsi schématiquement du plan métamérique (unité anatomique de l'embryon répétée par un certain nombre de fois de la tête à la région caudale), qui est freiné par les limites de sa propre organisation, vers une labilité fonctionnelle plus large. Son développement génétique porte en lui-même les bases de sa construction, par rapport d'une part à une plus grande plasticité du fonctionnement des formes anatomiques et d'autre part par rapport aux plans : gnosique et social découverts et progressivement accrus. (Ajuriaguerra J., 1980, p 238).

A travers cette phase le développement va se dérouler en suivant quelques lois générales.

A. Gesell avait décrit deux lois essentielles, les lois céphalo-caudal et proximo-distal qui permettent de comprendre la succession des étapes dans le développement psychomoteur et illustrent les progrès de la maturation nerveuse avec ses incidences sur le contrôle moteur.

5.1.2.1 La loi de développement céphalo-caudal

La myélinisation des fibres nerveuses se fait en progressant dans un sens céphalo-caudal (littéralement de la tête à la queue) c'est-à-dire du cerveau au bas de la colonne vertébrale. Ce qui explique que le bébé exerce un contrôle de plus en plus grand sur les muscles d'abord oculaires, puis du cou (redressement de la tête), puis du dos (permettant de tenir assis), puis des membres inférieurs (permettant la station debout puis la marche).

5.1.2.2 La loi de développement proximo-distal

Elle illustre les progrès de la myélinisation dans un sens proximo-distal (littéralement de ce qui est proche vers ce qui est loin), c'est-à-dire des segments centraux aux segments périphériques (de ce qui est proche de la moelle épinière à ce qui en est plus éloigné),

permettant de progresser dans le contrôle des grands muscles aux plus petits, permettant ainsi des gestes de plus en plus précis et minutieux, de la région pelvienne aux pieds, de l'épaule à la main...L'évolution de la préhension est une bonne illustration de cette loi. (Tourrette C & Guidetti M., 2002, pp 46, 47).

5.1.3 L'automatisation du mouvement de l'acquis : se fait avec diminution du temps de son entreprise, ainsi que de ses arrêts successifs, économie de l'effort, disparition de mouvements parasites, mais aussi transformation des éléments par leur subordination au tout. Cette automatisation se fait par facilitation du geste voulu. Parfois cependant la motricité s'automatise sans répétition par la réaction instinctive qu'elle comporte ou par une maturation des apports extra-moteurs, si l'on peut dire, perceptifs, constructifs, bio sociaux. (Joly F& Labes G., 2009, p59).

On entend par ce qui précède que, l'évolution du développement psychomoteur se fait toujours dans un sens de perfectionnement progressif. Ces progrès ne sont pas uniformes et continus. Cette maturation se réalise par des progressions rapides mais également par des stagnations, des arrêts, voir même des régressions puis le développement peut repartir.

5.2 L'évolution de tonus et de la posture

La forte tonicité musculaire du nouveau-né, va évoluer différemment selon les muscles concernés : le tonus axial (tonicité des muscles du tronc) va augmenter (pour que l'enfant puisse redresser le dos), tandis que le tonus des fléchisseurs (bras et jambes) va diminuer de façon à permettre le degré d'extensibilité nécessaire à la station debout et à la marche. Le tonus est donc étroitement lié à la posture. Les enfants hypertoniques tiennent debout plus tôt que les enfants hypotoniques qui ont à leur tour un meilleur contrôle de la motricité fine (par exemple dans les gestes de préhension). (Ibid., p 47).

Le tonus correspond à un état permanent du muscle, il constitue la trame de tous les mouvements, il les prépare, fixe l'attitude, maintient l'équilibre ou la statique. Le tonus évolue au cours des premières années de la vie, l'évolution du tonus chez le bébé offre la possibilité de détecter d'éventuels dysfonctionnements.

La posture correspond au maintien de l'immobilité de tout ou certains segments du corps dans des positions déterminées. Elle dépend du tonus et va se confondre avec lui durant les premières semaines de la vie. (Sahuc C., 2006, p17).

Pour conclure, Le développement postural est la mise en forme du corps dans les attitudes permises par l'immobilisation des segments dans des positions déterminées.

Il existe deux modalités d'activité posturale sur le plan fonctionnel :

- Activité posturale antigravitaire : elle est responsable du positionnement des différentes parties du corps qui permettent la station debout, son maintien et sa stabilité.
- Activité posturale directionnelle : elle permet l'orientation du corps ou de certains de ses segments vers la stimulation (ex : tourner la tête quand on entend un bruit). Elle repose sur l'activité posturale antigravitaire. Ces deux modalités d'activité posturale permettent le déplacement dans l'espace.

6. Les normes de développement

Les normes de développements, qui sont faites à partir des lois de **Gesell**, permettent de repérer la succession des différentes étapes dans le développement, ainsi que les âges correspondant à ces étapes plus que les âges. La variabilité interindividuelle est importante. (Tourrette C & Guidetti M., 2002, p47)

Les variations individuelles relatives au développement psychomoteur peuvent s'expliquer par l'existence de nombreux paramètres dont les plus évidents, sans être les seuls, paraissent être les suivants :

- la qualité de la potentialité cérébro-motrice ;
- l'évolution plus ou moins rapide de la maturation du système nerveux ;
- la qualité du développement cognitif et affectif ;
- la qualité des informations extéroceptives et proprioceptives ;
- la richesse des expériences motrices en fonction de la nature du milieu où elles se déroulent (contexte culturel et social). (Nelly TH., 2002, p13).

Le principe de la maturation individuante avait été bien mis en évidence et beaucoup d'auteurs se sont mis d'accord sur l'importance d'éviter de comparer un enfant par rapport aux autres mais il faut le comparer par rapport à lui-même,

Donc, on peut déduire qu'il existe deux critères pour situer l'évolution d'un enfant qui sont :

- l'âge moyen d'apparition et la variation par rapport à cet âge moyen (dispersion par rapport à la moyenne).

- La succession est toujours la même sauf pour l'apparition des premiers déplacements autonomes.

7. Les principales étapes de développement psychomoteur

Le développement psychomoteur s'évalue dans quatre domaines :

- Le tonus : acquisition motrice et posturale ;
- Acquisitions manuelles : préhension puis graphisme ;
- Langage : compréhension puis expression ;
- Sociabilité.

L'objectif de connaître les étapes de développement psychomoteur de l'enfant, est de permettre le dépistage rapide des troubles ou d'un retard de développement.

Les âges indiqués sont approximatifs mais permettent de situer les différentes étapes de cette maturation neuro motrice. (Tourrette C & Guidetti M., 2002, p48).

Tableau N°1 : Les acquisitions psychomotrices de la naissance à 4 mois

Motricité globale	Motricité fine
Passe du côté au dos vers 2mois Tenue de la tête vers 3mois En décubitus ventral : soulève les épaules vers 3mois Se met sur ses avants bras vers 4mois Se retourne vers 4mois	Préhension volontaire au contact vers 4 mois Prise cubito-palmaire vers 5mois Joue avec ses mains, les regarde vers 5mois
Langage	Sociabilité
Gazouillis vers 1 mois Emergence du babillage, « lali », « areul » vers 5 mois	Sourire, réponse vers 2mois Reflexes oculaires : -Fixation, convergence vers 1mois -Poursuite oculaire vers 2mois -Poursuite oculo-céphalique vers 3mois -Parallélisme vers 4mois

Tableau N°2 : Les acquisitions psychomotrices de 6mois à 10mois

Motricité globale	Motricité fine
Assis avec appui vers 6mois Bébé sauteur vers 7mois Bras parachutes, peut s'asseoir seul en prenant appui sur un côté vers 8mois Assis sans appui vers 9mois Déplacement, se met debout en se tenant meubles vers 9mois	Prendre un objet à distance vers 6mois Passe l'objet d'une main à l'autre vers 7mois Porte les objets à la bouche vers 7mois Pince pouce- indexe vers 9mois Pince supérieure plus fine vers 10mois
Langage	Sociabilité
Lallations vers 6mois Syllabes : ba, da, ka vers 7mois Imité des sons, combine des syllabes : dada-baba vers 8mois Syllabes redoublées : « papa-mama » non différencié vers 9 mois « Papa, maman », bien différencié vers 10 mois	Sourit au miroir vers 7 mois Reconnaît les visages familiers vers 7mois Capacité d'attention conjointe vers 7mois Réagit au prénom vers 8mois Bravo, au revoir, marionnettes vers 9 mois Peur de l'étranger vers 9mois Triste au départ de sa mère vers 9mois Notion de permanence de l'objet vers 9mois Coordination oculo-manuelle vers 9mois Notion de contenant et de contenu vers 10 mois

Tableau N°3 : Les acquisitions psychomotrices de 11-12mois à 3ans

Motricité globale	Motricité fine
Debout avec appui vers 12mois Marche vers 12-18mois Court, monte les escaliers pas à pas vers 24mois Tricycle, monte les escaliers en alternant les pieds, saute en avant, lance une balle vers 3ans	Lâcher volontaire, met un cube dans un train vers 12mois Emplie deux cubes, met un objet dans une tasse, met une pastille dans un flacon vers 15mois Emplie 3cubes, retourne un flacon pour sortir une pastille vers 18mois Emplie 6cubes, trace un trait vers 24mois Emplie 8 cubes, copie une croix vers 3ans
Langage	Sociabilité
Premiers mots, donne sur ordre vers 12mois Montre du doigt, obéit aux ordres simples vers 18 mois Nomme deux images, arrive à associer deux mots vers 24mois Phrases explicites, utilise « je-moi-tu » vers 3ans	Comportement d'imitation vers 18mois Propreté de jour, aide pour se déshabiller vers 18-24mois S'habille, joue en groupe, contrôle sphinctérien nocturne vers 3 ans

La référence à ces étapes de développement permettra de détecter le retard du développement psychomoteur, qui sera confirmé par l'utilisation de tests. (Bajer B et al. 2008, pp 26, 27).

8. Retard de développement psychomoteur

8.1Généralités

Le retard de développement psychomoteur est un motif fréquent de consultation en neurologie pédiatrique. Face à ce retard le clinicien devra

- en affirmer la réalité ;
- préciser sa sévérité, son caractère homogène ou inhomogène ;
- en déterminer sa cause ;
- orienter et planifier sa prise en charge.

Le clinicien évoquera le retard de part sa connaissance du développement normal de l'enfant et son expérience. Le retard sera confirmé par l'utilisation de tests étalonnés dont la passation sera réalisée par le professionnel adéquat.

Le retard du développement pourra concerner un seul aspect du développement (retard spécifique) ou concerner les différents aspects du développement (retard global du développement). (Parscau L., 2008, pp10, 11).

Les facteurs favorisant l'existence d'un retard psychomoteur sont d'ordre somatique (génétiques, souffrance néonatale) ou environnemental dans les cas de dysfonctionnement interactif précoce, de carence affective. La sommation de ces facteurs est possible. (Duverger P & Malka J., 2008, p43).

Il existe plusieurs types de retard psychomoteur qui sont :

- Certains sont évolutif, les plus rares, se particularisant par le fait qu'il n'y pas seulement une stagnation dans les acquisitions mais une perte progressive de ce qui a pu être antérieurement acquis traduisant un processus évolutif souvent dégénératif.
- La plupart sont fixes ou non évolutifs mais donnant une sémiologie différente avec l'âge en fonction des capacités d'apprentissage résiduel ils peuvent être :
- Globaux, touchant aussi bien les capacités motrices qu'intellectuel.
- Dissociés, prédominant sur un secteur :
- Infirmité motrice cérébrale avec des troubles moteurs majeurs mais une intelligence normale.
- Déficience mentale où les capacités d'apprentissages sont réduites mais la motricité normale. (Armengaud D., 2003, p331).

Une distinction importante à réaliser, au niveau de diagnostic du fait des implications à la fois en termes d'orientation et de propositions thérapeutiques adaptées, est celle entre le retard mental et le trouble spécifique des apprentissages.

8.2 Définitions

Selon H. Bloch et al dans le grand dictionnaire de la psychologie (1992), le retard de développement se définit comme : « *un décalage temporel d'une fonction ou d'une activité qui apparaît, chez un individu, après le moment où elle est apparue dans l'ensemble parent dont il est issu.* »

On parle de retard psychomoteur lorsque certaines acquisitions ne sont pas présentes à un âge moyen donné ; Soit qu'elles n'aient jamais existé, Soit qu'elles soient perdues (régression psychomotrice). (Mancini J& Chabrol B., 2005, P07).

- Il s'agit de retard psychomoteur lorsque l'enfant tarde à acquérir les grandes acquisitions psychomotrices qui sont la tenue assise, la préhension et la marche. (Ballouard CH., 2008, p80).
- Il s'agit d'un retard global des acquisitions psychomotrices chez un nourrisson gravement délaissé. (Rey C et al. 2001, p36).

Le retard de développement psychomoteur se définit comme un non acquisition des normes de développement aux âges programmés.

Selon l'Académie Américaine de Neurologie, le retard psychomoteur global est défini comme : « *un retard des acquisitions dans au moins deux domaines du développement de l'enfant (motricité fine et/ou globale, parole et/ou langage, cognition, socialisation) avec un écart significatif de deux dérivations standards dans un test étalonné - Terme généralement réservé aux enfants moins de cinq ans. Ce terme n'est pas synonyme de retard mental, Il peut s'agir d'un enfant présentant l'association de troubles spécifiques sans déficience intellectuelle* ». (Parscau L., 2008, p11).

8.3 Les manifestations du retard du développement psychomoteur

Le retard de développement psychomoteur se manifeste, la plupart du temps :

8.3.1 Au niveau du développement moteur

A) Rappel des étapes clés :

Tient sa tête à 3 mois et assis à 6 mois

S'assoit seul à 8 mois

Se redresse avec aide vers 10 mois

Marche entre 12 et 15 mois

Court à 24 mois

Monte les escaliers en alternant les pas à 30 mois

Tricycle à 3 ans

B) Les signes d'alerte :

Pas de tenue de tête à 4 mois

Pas de station assise à 9 mois

Pas de marche à 18 mois

8.3.2 Au niveau du développement du langage

A) Rappel des étapes clés :

Gazouillis entre 1 et 4 mois

Émergence du babillage entre 3 et 6 mois

A partir de 7 mois babillage avec redoublement de syllabes (babillage canonique)

Premier mots entre 10 et 12 mois

Explosion lexicale entre 18 et 20 mois

Début d'association de mots entre 18 mois et 24 mois

Premières phrases entre 24 mois et 36 mois.

B) Les signes d'alerte :

Pas de babillage canonique à 9 mois,

Pas de mots à 15 mois,

Pas de phrases à 3 ans. (Parscau L., 2008, pp12, 13).

Le retard psychomoteur est découvert le plus souvent comme suit : Il peut s'agir d'un nourrisson trop mou, qui ne tient pas assis, mais le plus souvent c'est un enfant qui n'acquiert pas la marche ou qui ne développe pas de langage. (Chabrol B., 2006, p 29).

Donc le retard de développement psychomoteur peut être détecté à travers :

- Une hypotonie axiale ;
- Un retard dans la préhension des objets ;
- Un retard dans l'acquisition de station assise ;
- Un retard dans l'acquisition de la marche ;
- Une incoordination motrice ;
- Un retard de langage.

Le retard des acquisitions psychomotrices sont très variables, mais fréquentes, deux observations générales méritent d'être retenues : d'une part le caractère presque toujours inharmonieux du développement psychomoteur, d'autre part, le fait que se sont souvent les acquisitions motrices liées à l'autonomie qui sont touchées (acquisition de la marche ou de la course, de certains gestes quotidiens comme manger à cuiller, s'habiller, se laver...etc.). (Dumont J et al. 2004, p131).

8.4 Conduite à tenir face au développement psychomoteur inharmonieux

Trois questions essentielles doivent être analysées devant la constatation d'un retard psychomoteur.

1 - *Le retard est-il certain ?*

- Soit le retard est majeur, et il est aisé de l'affirmer.
- Soit le retard est modéré ou l'enfant très jeune.
Il est alors nécessaire de revoir l'enfant un à deux mois plus tard avant de conclure qu'il existe un retard psychomoteur. Après ce deuxième examen, le retard de l'enfant sera abordé et analysé avec ses parents.

2 - *Le retard est-il homogène ?*

- Le plus souvent, l'enfant présente un retard homogène dans toutes les rubriques du test (motricité globale, motricité fine, langage, contact social).
- Parfois, il existe un retard hétérogène. L'enfant échoue exclusivement certaines épreuves du test, par exemple :
 - Un retard moteur isolé évoque une pathologie musculaire, du nerf périphérique, ou plus rarement de la corne antérieure.
 - Un retard isolé de langage doit faire rechercher une surdité. Un audiogramme et, éventuellement un test des potentiels évoqués auditifs, doivent être effectués si l'enfant n'a pas acquis le langage à l'âge de trois ans.
 - Une grande dispersion dans les acquis de l'enfant, souvent associée à des difficultés comportementales évoque un trouble de la personnalité.
 - Une mauvaise manipulation des objets, parfois associée à des mouvements anormaux des yeux doit faire rechercher un trouble grave de la vision.

3 - *Le retard est-il nouveau ?*

Il s'agit de la question la plus difficile mais aussi de la plus importante. Elle nécessite un interrogatoire très précis des parents, en s'aidant des repères de développement notés sur le carnet de santé (les examens systématiques doivent être remplis avec objectivité et sans complaisance).

- Le plus souvent, le retard est ancien. L'enfant fait des acquisitions lentes mais régulières évoquant une pathologie fixée.
- L'existence d'une période de parfaite normalité (notion d'intervalle libre) précédant l'apparition des troubles évoque une pathologie évolutive.
- Cependant, les pièges sont nombreux. Par exemple, une encéphalopathie fixée modérée peut se compliquer secondairement d'une épilepsie et peut ainsi être prise pour une pathologie évolutive. De même, certaines pathologies évolutives ont un intervalle libre extrêmement bref, difficile à repérer. (Bajer B & al. 2008, p30).

9. La prise en charge des troubles psychomoteurs

La thérapie psychomotrice est utilisée à tous les âges de la vie, de la petite enfance à l'âge avancé. Les moyens techniques sont différents adaptés aux possibilités du sujet en fonction de son âge et des objectifs proposés.

L'approche en psychomotricité a évolué au fil du temps et comporte trois concepts différents : « l'éducation » au moyen du corps, « la rééducation » pour corriger un trouble visible sur le plan somatique et « la psychothérapie » se servant de la médiation corporelle. Une vision complémentaire ou intégrée entre ces concepts peut être discutée. (Richard J & Rubio L., 1994, p151).

9.1 La thérapie psychomotrice de jeune enfant

Plus l'enfant est jeune, plus la présence de sa mère est indispensable dans le travail thérapeutique. Une première indication résulte des défaillances maternelles ; il est des mères carencées dans leur jeunes âge qui n'ont pas en elles les traces mnésiques bonnes et opérantes qui leur permettraient de s'occuper normalement de leur enfant, il est d'autre, dont les structures de personnalité plus en moins marginales les prédisposent à un mauvais accord avec leur nourrisson. Il en est d'autre qui souffre simplement d'un défaut de compétence (Ibid., p25).

A ce moment précoce du développement, la thérapie implique très fortement la mère, qui est l'agent principal de l'action, le thérapeute en psychomotricité joue un rôle d'observateur actif et d'inducteur de la compréhension et de l'aménagement plus harmonieux de la relation tonique et affective entre mère et enfant.

L'accent est mis sur l'analyse du tonus du bébé et de ses modifications dans l'échange avec des personnes significatives de son entourage. Les manifestations motrices sont prises en comptes, ainsi que l'expression du visage, le regard et les vocalisations.

Le champ des indications est intéressant à parcourir : retard du développement psychomoteur, maladresse, troubles de l'adaptation, troubles instrumentaux, troubles dits psychomoteurs...etc. (Ibid., p152).

Conclusion

Entre la naissance et l'âge de trois ans, l'enfant fait une multitude d'acquisitions ; il apprend à se déplacer, communiquer, interagir. Il découvre le monde. Il acquiert une autonomie grandissante.

Le développement psychomoteur concerne non seulement les acquisitions motrices mais aussi cognitives, ainsi que les capacités d'interaction sociale de l'enfant. Il se fait normalement en parallèle dans quatre dimensions : développement postural, coordination oculo-manuelle, développement du langage, et sociabilité. Il suit la même séquence chez tous les enfants, mais à des rythmes différents. Selon Gesell : Il existe des fenêtres d'âge d'acquisition génétiquement programmées de durée variable, étroites pour certaines acquisitions, plus large pour d'autres.

Le développement psychomoteur d'un enfant peut parfois sembler inharmonieux, certains secteurs étant plus en retard que d'autres. Un décalage isolé dans un domaine d'acquisition incite à la vigilance, la convergence d'un retard dans plusieurs secteurs doit inquiéter.

La cause des retards de développement n'est pas toujours facile à identifier mais dans tous les cas un dépistage précoce du retard est recommandé pour initier une prise en charge adaptée et en minimiser les conséquences à long terme.

1. La problématique

Pour se développer et s'épanouir harmonieusement, l'enfant a besoin d'être heureux. Il a nécessairement besoin de vivre des expériences affectives satisfaisantes au sein d'une famille solide, cohérente où règnent : la stabilité, l'amour, la bonne entente et la chaleur dans les rapports affectifs

En effet, les différentes théories du développement infantile conviennent que la relation mère-enfant est la pierre angulaire dans l'édification de la personnalité du nourrisson et du très jeune enfant, parce que cette relation module et imprègne toutes les relations futures. (Mattera P., 2005, p69)

Ainsi, le nourrisson n'a pas seulement besoin d'être nourri, changé et lavé, mais il a surtout besoin de la tendresse et de la chaleur humaine qui entoure tous ces rites, et qui sont fournis par la mère de l'enfant ou par la personne qui lui tient lieu.

Qu'il nous soit permis de rappeler qu'il s'agit là d'une préoccupation fort ancienne : dès le XI^e siècle, **Ibnou Sina** (Avicenne), médecin et philosophe iranien, conseillait aux mères et nourrices de porter " la plus grande attention au maintien de l'équilibre moral de l'enfant en lui évitant les grandes colères, la terreur, la contrainte, l'insomnie ", et de " répondre à tout instant à ses désirs et ses inclinations... ". Ces mesures avaient deux avantages : l'un pour son esprit, pouvant ainsi se développer " dans de bonnes conditions mentales, l'autre pour son corps ". Cet auteur ancien reconnaissait ainsi l'importance de l'intrication somato-psychique et préconisait une hygiène du nourrisson accordant une place appréciable aux aspects psychologiques. (Aroua A. 1974).

Il faut noter que la relation entre l'enfant et sa mère (ou un substitut maternel stable) joue un rôle primordial dans le développement de l'enfant. Les interactions entre la mère et son enfant dès la naissance sont très importantes pour la communication préverbale. La mère adapte son comportement à celui de son enfant et réciproquement. La charge affective de cette communication préverbale favorise l'apprentissage de l'enfant. (Mancini J& Chabrol B., 2005, p6)

Effectivement, le développement de l'enfant dans un environnement relationnel riche et varié en stimuli affectifs et sensoriels, et cela pendant les premières années de la vie, est cruciale, parce que ce milieu sert à équiper l'enfant, à long terme, de la sécurité de

l'attachement, ce qui influencera ultérieurement ses capacités adaptatives face aux exigences du monde extérieur.

René Spitz et **John Bowlby** furent les premiers à décrire de façon systématique les conséquences sur les très jeunes enfants de la privation de relation satisfaisante avec leur mère.

Spitz, en 1946, décrit la «dépression anaclitique» à partir de ses observations d'enfants placés en pouponnière, privés de stimulations et d'affection. Cette psychopathologie du nourrisson est consécutive d'une rupture soudaine et prolongée de la relation avec sa mère, entre le 6 et le 9 mois. Si la séparation se prolonge au-delà de 5 mois, Spitz décrit un état plus dramatique encore, l'«hospitalisme»; si cette situation perdure, la mort est une évolution possible (Spitz, 1965).

Parallèlement aux travaux de Spitz et après la seconde guerre mondiale, Bowlby, missionné par l'Organisation mondiale de la santé(OMS), parcourt l'Europe afin de décrire les différents modes d'accueil en pouponnière. Il rassemble l'ensemble des travaux existant dans ce domaine dans une monographie, Soins maternels et santé mentale, publiée en 1951. Il met l'accent sur les conséquences dramatiques d'une situation où l'enfant ne jouit pas d'un lien affectif, intime et constant, avec sa mère, ou un substitut maternel et qu'il désigne sous le nom de «carence de soins maternels». Les besoins relationnels du bébé sont alors mis en évidence. (Rousseau D. & Duverger P., 2011, pp 127-128).

Par ailleurs, la vie affective est relationnelle de l'enfant est considérée comme un facteur important et déterminant dans le développement psychomoteur, l'affectivité est indispensable à l'organisation fonctionnelle des structures nerveuses et donne sens à l'acte moteur.

Wallon (1942) mis en évidence la relation entre l'affectivité et l'expression tonique et motrice, le caractère affective de la relation « tonico-émotionnelle » est souligné par lui dans ce qu'il nomme « symbiose affective », première relation entre l'enfant est sa mère.

Ajuriaguerra précisera que l'organisation psychomotrice ne peut se comprendre qu'au regard de son développement et en tenant compte de l'histoire des fonctions et de leurs fonctionnements, de leur investissement et de leur épanouissement, ou ailleurs de leurs avatars. Reprise sur le plan développemental, cette organisation psychomotrice d'après lui est d'abord la «première charpente motrice» (organisation tonique de fond) prise inévitablement

La Problématique et les hypothèses

dans le rapport à l'autre du dialogue tonico-émotionnel, puis l'organisation plus développée du plan moteur dans l'investissement et l'exploration du monde et des objets (sous-tendus en permanence par le rapport à l'autre psychique), enfin l'automatisation des acquis et des maîtrises corporelles dans le plein épanouissement du jeune sujet. (Joly F. 2011, p 225)

A chacun de ces endroits, «tonus et motricité participent à l'organisation relationnelle», créent la relation, en même temps qu'ils en sont le résultat incarné, comme le disait **Marguerite Auzias** (proche collaboratrice de J. de Ajuriaguerra, préface in Vaivre-Douret, 2004) le traitement du développement moteur du jeune enfant implique une triple démarche : considérer la base psychomotrice essentielle de l'être humain, étudier les formes primitives de celle-ci dès après la naissance et être attentif à ses aspects évolutifs guidés par deux préoccupations principales la maturation et les phénomènes relationnels.

Donc, le développement psychomoteur chez un individu est influencé par les événements de sa vie, en particulier les premières relations mère/enfant.

A la lumière de ce que nous avons souligné plus haut et à travers une approche éclectique où nous avons décloisonné les différentes approches de psychologie de développement, nous allons essayer d'appréhender le développement psychomoteur chez des enfants placés en institution d'accueil nommée officiellement « Foyer pour Enfants Assistés 1 » qui se situe à la Wilaya de Sétif.

Nous avons choisi de rechercher l'influence de la carence afflictive sur le développement psychomoteur chez les enfants assistés suite à nos lectures conjuguées à notre spécialité en psychologie développementale y compris l'accessibilité du terrain et notre penchant pour les thèmes qui traitent les différents modes relationnels qui se rattachent au monde des enfants et à leurs conditions de vie notamment les enfants privés de famille.

Quant à l'objectif de cette recherche, qui s'intéresse à l'étude de développement psychomoteur chez les enfants assistés, est de relever et savoir les particularités d'une pouponnière en Algérie et les conditions dans lesquelles vivent les enfants assistés. Puis revenir sur les conséquences négatives qu'elle peut entraîner sur le développement de l'enfant en s'appuyant sur plusieurs outils et techniques d'investigation tels que l'observation, l'entretien et l'échelle de Brunet Lézine Révisée.

La Problématique et les hypothèses

D'après ce qui précède et partons du constat que les enfants abandonnés en Algérie est une réalité attestée, du fait, qu'on l'en compte en moyenne 3000 chaque année d'enfants privés de famille provenant de « naissances anonymes » qui sont abandonnés au service de l'Action Sociale. (Fares A., 6 avril 2011, p8).

Notre question primordiale qui constituera le fondement de notre recherche et qui résume notre problématique demeure la suivante :

Les enfants carencés affectivement en institutions d'accueil présentent-ils un retard de développement psychomoteur ?

2 Les hypothèses

2.1 L'hypothèse générale

- Les enfants placés au sein de foyer pour enfant assistés souffrent d'une carence affective et présentent ainsi un retard de développement psychomoteur au niveau des acquisitions psychomotrices à savoir, la posture, la coordination oculomotrice, le langage et la sociabilité.

2.2 L'hypothèse partielle

- Les stimulations et les conditions favorables pour un développement psychomoteur chez l'enfant sont presque absentes dans le foyer pour enfants assistés.

2. Définitions des concepts

3.1 La carence affective

3.1.1 Définition théorique

Le terme de carence renvoie aux notions de manque, de perte et de frustration.

Mary Ainsworth a distingué deux groupes de carences :

Les carences quantitatives traduisent le fait que le bébé est privé de sa relation avec des objets privilégiés dans sa réalité externe. Il y a séparation réelle.

Les carences qualitatives témoignent non pas d'une séparation mais d'une indisponibilité des personnes qui s'occupent du bébé en raison de préoccupation diverses, de maladies psychiques. Ces personnes sont présentes physiquement mais absentes psychiquement c'est une distanciation psychique. (SAHUC C, 2006, p 136).

3.1.2 Définition opérationnelle

Ils nous semble que si l'enfant abandonné est placé dans un milieu où l'interaction avec un substitut maternel est insuffisante ou si les épisodes de séparation sont fréquents, ainsi que l'absence d'un lien affectif, la discontinuité de la relation due aux changements du personnel

et la qualité des soins qui sont donnés de façon routinière et peu chaleureuse, l'enfant donc est totalement en risque de souffrir d'une carence affective.

3.2 le développement psychomoteur

3.2.1 définition théorique

La psychomotricité concerne le corps et l'esprit dans son ensemble. Il existe un lien étroit entre le corps, le mouvement et la vie psychique. L'homme est un être psychomoteur : à chaque instant, nous vivons, nous nous exprimons avec notre corps, dans un espace limité et à un moment bien précis dans le temps. Chacun de ces actes témoigne de la manifestation conjointe de ses fonctions cognitives, affectives et motrices. La psychomotricité est donc une approche globale de la personne en tant qu'être psychique et moteur. (Ballouard CH., 2008, p7).

3.2.2 Définition opérationnelle

Le développement psychomoteur est le développement de l'enfant dans les domaines :

- de la motricité globale et fine ;
- de la prise de conscience de soi et de son corps ;
- la posture et la coordination oculo-manuelle ;
- de la prise de conscience de son environnement spatio-temporel et des possibilités de s'y adapter.

Le niveau de développement psychomoteur va tenir compte du degré de maturation de l'enfant dans les domaines précités, par rapport à son âge chronologique.

3.3 l'enfant assisté

3.3.1 Définition théorique

Le terme assisté est défini par le dictionnaire de Larousse comme suit : « bénéficiaire de l'aide sociale ou judiciaire, porter aide ou secoure ». (Larousse., 1998, p 69).

3.3.1 Définition opérationnelle

Enfant assisté :

- Enfant séparé de ses parents pour une longue période ou à vie ;
- Aide matériel et moral de l'Etat ;
- Abandonné et placé dans une institution ;
- Bénéficie de l'assistance publique ou judiciaire ;
- Ignore ses origines biologiques.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule

Nous avons choisi d'étudier le développement psychomoteur chez les enfants abandonnés et placés dans un milieu institutionnel et mettre la lumière sur l'éventuelle existence d'un retard psychomoteur chez les enfants carencés affectivement. Nous allons présenter dans cette partie méthodologique l'ensemble des outils et techniques employés pour réaliser notre recherche scientifique.

Ce travail comporte trois aspects : Premièrement : La description du lieu dans lequel s'est déroulée notre recherche, en l'occurrence le Foyer pour Enfants Assistés¹ de Sétif ; Deuxièmement; la présentation de l'échantillon d'étude avec le résumé de leurs caractéristiques et les critères de sélection ; Troisièmement : la présentation des méthodes utilisées dans l'investigation du terrain.

1. Présentation du lieu de la recherche

La partie pratique de notre recherche a été effectuée au niveau du Foyer pour Enfants Assistés 1 ou FEA1 de Sétif, d'une période de deux mois, à partir du 17 mars au 22 mai 2015. Le foyer pour enfants assistés 1 de Sétif est un établissement étatique à caractère socioéducatif. Il a ouvert ses portes le 15 mars 1980. Ce foyer prend en charge tous les placements effectués par la direction de l'action sociale (DAS) et par voie judiciaire. La tranche d'âge des pensionnaires du centre d'accueil se situe entre zéro et dix-huit ans. Néanmoins, le centre abrite également des femmes atteintes d'infirmité motrice cérébrale, de déficience mentale, des mères célibataires ou simplement des femmes vivant une situation sociale précaire. L'établissement accueille notamment les jeunes enfants privés de famille.

L'établissement veille sur leur santé mentale et physique. De ce fait, pour répondre aux besoins de la prise en charge et optimiser l'intervention de l'équipe pluridisciplinaires, un programme a été élaboré en fixant des axes psycho-médico-pédagogiques à suivre avec chaque enfant ou groupe d'enfants et orienter l'action de chaque intervenant pour une éventuelle KAFALA ou favoriser la socialisation et permettre une insertion sociale par une éducation et une stabilité de caractère. Nous donnerons brièvement quelques informations sur l'organisation et la structure de ce foyer :

Le centre s'étale sur une superficie de 18730m, et il abrite 109 résidents, dont 45 enfants en service de pouponnière. Le centre est réparti en plusieurs blocs : un bloc administratif, deux

blocs pour les filles scolarisées, deux autres blocs pour les filles plus âgées, (restaurant, salle des fêtes, salle de lecture, salle d'informatique). Le service de pouponnière occupe une grande surface dans le centre, ce bloc comporte (salle d'infirmier, pharmacie, salle de jeux pour les petits enfants et une autre plus grande pour les enfants plus âgés, bureau du médecin, cuisine, 5 chambres pour enfants).

Les salles où se trouvent les enfants sont classées de 1 à 5, la première et la deuxième réservés aux nouveau-nés et bébés moins de huit mois, la troisième salle contient des enfants âgés de huit à vingt-trois mois, quant à la quatrième salle, elle est occupée par des enfants âgés entre vingt-trois mois et 3 ans, enfin la cinquième, elle est destinée aux enfants d'un âge de 4 ans jusqu'à six ans.

Dans chaque salle demeurent au minimum neuf enfants, ce qui rend leur prise en charge difficile, comme nous l'avait signalé l'une des éducatrices principales dans le service.

Tous les espaces de la pouponnière disposent des conditions de sécurité et d'hygiène honorables et la présence régulière du chef de service assure le bon déroulement des tâches.

Nous avons choisi le Foyer pour Enfants Assistés 1 de Sétif comme établissement pour notre recherche malgré son éloignement géographique suite à l'accessibilité garanti par sa direction et la disponibilité permanente des petits pensionnaires, ce qui nous a permis de les approcher à plusieurs reprises.

2. La pré-enquête

Pour pouvoir réaliser notre recherche au sein de foyer pour enfants assistés, nous étions obligé d'effectuer certaines démarches administratives au niveau de la Direction de l'Action Sociale (DAS). Et à partir de l'accord de la DAS et de la direction de l'établissement, on a eu la possibilité de réaliser notre recherche.

Afin de valider la pertinence de notre question de départ et de vérifier la disponibilité de l'échantillon d'étude, nous avons procédé à la pré-enquête qui est une phase de terrain assez précoce dont le but essentiel est d'aider le chercheur à construire des hypothèses qui soient valides, fiables et argumentées.

la pré-enquête est très importante, celle-ci permis d'essayer sur un échantillon réduit les instruments (les questionnaires, analyse de document) prévus pour effectuer l'enquête. Dans le cas où on a doute sur une telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de déterminer définitivement ses objectifs (Madeline G., 2001, p550).

Cette étape de la recherche est importante aussi pour effectuer le choix de l'instrument ou de s'assurer de l'existence des conditions favorables pour l'application de l'instrument de recherche.

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

Dès notre première visite, nous avons apprécié un lieu accueillant, un personnel qui paraît compétent et une ambiance de gaîté et de gentillesse. Nous avons consacré plus de temps à observer les petits enfants, certains d'entre eux présentent des anomalies graves et des handicaps au niveau physique et même mental. On a pu constater une souffrance chez ces enfants qui s'exprime à travers les comportements de balancement, le regard figé, la tristesse avec un visage vide d'expressions...etc. Les plus jeunes sont la plus part du temps tendus ou allongés dans leurs lits, les plus grands font quelques pas, tombent à plat ventre, ou demeurent assis et beaucoup d'entre eux fuient discrètement le contact, tandis que d'autres s'accrochent à nous en manifestant un envie de les prendre dans les bras. Les enfants passent presque toute leur journée dans leur chambre. Ce qui a attiré notre attention, était le fait que les éducatrices qui se charge de la toilette et le repas des enfants procèdent à ces routines en silence marqué par une absence de stimulation verbale ou affective. Il y a un grand jardin mais les enfants n'y vont guère, surtout en hiver parce qu'il fait froid mais en revanche, on les fait rassembler dans une salle équipée de différents jouets de temps à autre. Quant aux enfants âgés entre trois ans et cinq ans, on constate fréquemment, des comportements agressifs chez eux.

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

Finalement on a constaté d'après nos observations et de ce que nous a confirmé la psychologue de service, que l'aspect psychomoteur chez ces enfants pose un vrai problème.

Donc cette pré-enquête nous a permis de valider notre question de départ, et de passer à une étude approfondie où on a adopté une approche clinique de la recherche en sélectionnant neuf (09) cas qu'on a observés, en utilisant une grille d'observation.

3. L'échantillon d'étude

Durant notre stage effectué au foyer pour enfants assisté 1 de la wilaya de Sétif, on a eu la possibilité de rencontrer des enfants des deux sexes et de différentes catégories d'âge (de la naissance à 6 ans). Après notre pré-enquête, nous avons constitué selon la disponibilité, notre groupe de recherche qui comprend neuf (9) cas (quatre filles et cinq garçons), d'une tranche d'âge qui varie entre 7 mois et 30 mois. Cependant et suite à une raison d'un placement familial, on s'est retrouvé avec sept (7) enfants, nous avons perdu deux cas après dix séances d'observations, qui sont : Souad âgée de 7 mois et Abdellah âgé de 14 mois.

Le choix des cas cliniques sur lesquels s'est portée notre étude de recherche répond à quatre critères de base :

- Le lieu du placement : en l'occurrence c'est le Foyer pour Enfants Assistés¹, situé à Sétif
- Les conditions de placement au Foyer pour Enfants Assistés (FEA).
- L'âge actuel de l'enfant lors de la réalisation du stage de recherche.
- l'état de santé.

Le lieu de placement

Nous avons choisi des enfants qui dépendent juridiquement et institutionnellement d'un même établissement d'accueil, ces enfants évoluent donc dans le même climat relationnel, affectif et ils sont aussi sous la responsabilité du même personnel administratif et éducatif.

Les conditions de placement

Les petits pensionnaires qui vivent une situation de séparation définitive avec leurs mères. La séparation mère- bébé doit être avant 6 mois après la naissance ; L'enfant doit être déjà placé pendant au moins 4 semaines au sien de l'établissement.

L'âge actuel

L'objectif de l'investigation du terrain étant d'évaluer le développement psychomoteur chez les jeunes enfants assistés, l'âge des pensionnaires doit s'étaler entre 2 à 30 mois, en raison de l'instrument d'évaluation qui est une échelle de baby-test.

Etat de santé de l'enfant

Ces enfants ne présentent aucun problème neurologique ou organique qui peut entraver leur développement, ils ne souffrent non plus d'un trouble majeur du développement.

Les critères non pris en considération dans notre recherche :

- Le facteur de sexe n'est pas pris en considération ;
- Le type d'abandon n'est pas pris en considération (abandon définitif ou temporaire).
- Le type de placement n'est pas pris en considération (placement par voie judiciaire ou par La direction de l'action sociale DAS).

Tableau N°4 : Un tableau récapitulatif du groupe d'étude

Cas	Prénom	Sexe	Age	Age à l'entrée	Etat de santé	Type de placement
N°1	Raouf	Masculin	11 mois	4 jours	Bon	DAS
N°2	Warda	Féminin	11 mois	4 jours	Bon	DAS
N°3	Farida	Féminin	14 mois	5 mois	Bon	judiciaire
N°4	Laid	Masculin	14 mois	3 mois	Bon	Judiciaire
N°5	Adam	Masculin	24 mois	1 jour	Bon	DAS
N°6	Siham	Féminin	25 mois	6 jours	Bon	DAS
N°7	Saber	Masculin	30 mois	3 jours	Bon	Judiciaire

4. La méthode de la recherche

La recherche en psychologie clinique fait référence à la méthode d'étude de cas , qui fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique, par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances survenues actuelles et passées (Chahraoui,K. &Bénony, H., 2003, p125-127).

Le choix de la méthode dépend de la nature de la recherche et de la réalité à étudier. Etant donné que notre étude porte sur l'influence de la carence affective sur le développement psychomoteur chez les jeunes enfants assistés, nous avons choisi la méthode clinique qui nous semble la plus adéquate pour notre thème de recherche.

4.1. La méthode clinique

C'est une observation approfondie d'un individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud et Janet. Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui et le mécanisme de défense). Comme il permet aussi de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, test projectif, échelle clinique) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, son histoire et à son contexte de vie (Ibid. p125).

Selon **Huber** (1993) : « elle envisage non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes », il s'agit pour le psychologue de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire (Chahraoui, K. & Bénony, H. 2003, p12).

5. Les outils utilisés

Le chercheur dans le domaine du comportement, utilise des instruments pour mesurer celui-ci dans le but de le comprendre. Ces instruments sont nombreux et varient selon la nature des comportements étudiés. (François Berthiaume & Andrée Lamoureux, 1981, p 19).

5.1 L'observation clinique

L'observation a une place ancienne et respectée dans l'étude du comportement humain spécialement le comportement de l'enfant.

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

L'observation qualifiée de naturaliste permet d'appréhender assez largement les situations quotidiennes (sommeil, alimentation jeux, soins corporels). Mais aussi les contextes de séparation, de détresse et de souffrance. Ainsi l'observation va des actes, des gestes jusqu'à des comportements plus discrets telles que les émotions. (Chahraoui, K. & Bénony, H., 2003, p31).

Nous avons recouru dans notre pratique à l'observation clinique, cette méthode constitue un outil important et principal dans la réalisation de notre recherche, elle est aussi indispensable durant toutes les phases de notre stage au sien du foyer pour enfants assistés. Elle a pour but de révéler des phénomènes comportementaux significatifs des enfants. Dans notre recherche, cette technique nous a permis tout d'abord de souligner les comportements et les conduites qui renvoient à la carence affective. Puis repérer l'absence ou le manque des comportements, d'interactions ou de conduites qui renvoient à un retard de développement psychomoteur. Dans l'objectif de bien noter le contenu des observations et de structurer cet outil de recherche on a préféré d'utiliser la grille d'observation.

5.1.1 La grille d'observation

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

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

Une grille d'observation fermée, où les comportements à observer sont limités. L'observateur ici inscrit, pour les différents moments de son observation si le comportement se produit.

Le second type est la grille d'observation ouverte, les comportements à observer ne sont pas limités. Le chercheur note, à chaque moment de son observation les comportements manifestés par le sujet, peu importe lesquels (Françoise Berthiaume F. & Lamoureux A., 1981, p 22).

Dans notre recherche, nous avons élaboré une grille d'observation à partir principalement des grands signes de la carence affective repartis sur huit axes qui traduisent différents

domaines où les signes de carence affective sont fréquemment observés, selon bien sur les auteurs déjà cités dans la partie théorique de notre travail. Il est aussi important de souligner que notre grille note les comportements et les signes selon un temps et une fréquence d'apparition.

On a choisi une grille d'observation de type fermé, et cela en raison du temps limité de notre recherche c'est-à-dire on n'a pas assez de temps pour attendre l'apparition des éventuels comportements ou de conduites, ainsi que pour focaliser notre attention sur un ensemble de comportements bien précis pour évaluer la carence affective. De plus une grille d'observation de type ouvert est difficile à réaliser puisque les enfants sont peu stimulés et passent des journées et des moments immobiles sans rien faire, de ce fait, ils ne vivent pas des nouvelles situations ce qui induit une pauvreté dans l'apparition de nouveaux comportements. (Voir annexe A).

5.2 *L'entretien clinique*

L'entretien clinique est un dispositif de base en psychologie. C'est un outil capital pour le psychologue, afin d'accéder aux informations sur le sujet. L'objet de l'entretien clinique est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il présente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, évènements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (Chahraoui K., Benony H., 2003, p141).

Il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet. C'est un moment de parole durant lequel un intervieweur extrait une information d'un interviewé (dans son acte de parole), car le langage est le lieu de la subjectivité et c'est par le langage que l'on peut avoir accès à l'expérience de l'autre. Mais dans l'entretien clinique, les informations ne sont pas seulement véhiculées à travers le discours mais aussi à travers la communication non verbale (le langage du corps) qui peut donner de précieuses indications comme les mimiques du visage, le regard, le silence, les gestuelles et les postures. « *L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information* », Selon A. Blanchet 1985 (Benony H. & Chahraoui K., 1991, p 64).

Il existe plusieurs manières de mener un entretien, du questionnaire directif, à l'entretien non directif, en passant par l'entretien semi-directif. Chaque type d'entretien n'est pas en soi meilleur ou plus mauvais que l'autre, il est tout simplement plus ou moins adapté à une situation ou à un sujet. Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour l'entretien semi-directif, où on est disposé d'un guide d'entretien.

5.2.1 L'entretien semi directif

Il se situe entre l'entretien directif et l'entretien non-directif. Il est ni totalement fermé, ni totalement ouvert. On procède en général par ce type d'entretien pour approfondir la connaissance d'un domaine ou vérifier l'évolution d'un phénomène connu. Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions qu'il prépare à l'avance et qui correspond à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation ; Le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, ce qui proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il interrompe peu le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. Le clinicien fait des interventions pour soutenir le sujet, le relancer ou pour recentrer le discours si le sujet dérive vers un sujet éloigné (Ibid. p16).

5.2.1.1 Le guide d'entretien

Dans ce guide d'entretien, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparé et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive (Chahraoui K. et Benony H., 2003, p144).

Le guide d'entretien que nous avons élaboré, dans notre recherche (Voir annexe B), comprend cinq axes. Chaque axe est composé de questions directives et semi-directives, que nous avons renforcées par l'oral. Chose qui nous a permis de recueillir le maximum d'informations sur les sujets qui sont principalement les jeunes enfants, et on a tout de même consacré un axe pour récolter un minimum d'informations sur les éducatrices. Les questions sont toutes destinées aux éducatrices qui s'occupent des enfants en langue française et traduites en langue arabe (langue maternelle pour la plupart des éducatrices) pour

assurer la bonne compréhension de celles-ci et de manière est ce qu'elles soient identiques pour tous les sujets.

Cette méthode nous a permis d'enrichir les informations déjà récoltées par les observations et la consultation de carnet de santé de chaque enfant.

5.3 L'échelle de Brunet-Lézine révisé

L'échelle Brunet-Lézine dont les normes ont été établies par Odette Brunet & Irène Lézine en 1951, est un instrument de mesure du développement psychomoteur du jeune enfant âgés entre 2 et 30 mois. Cette échelle permet d'évaluer le niveau de développement d'un nourrisson et de repérer son décalage éventuel par rapport à la moyenne des nourrissons de même âge (Josse Denis, 2007, p 55).

Afin de mieux détecter un retard au niveau de la psychomotricité, les spécialistes tels que les psychologues, les psychomotriciens ...etc. font appel à cette échelle.

L'échelle est composée de quatre sous échelles correspondant à quatre domaines de développement, et comprend au total 150 items :

- **P** : moteur ou postural, qui est l'étude des mouvements de l'enfant en position dorsale, ventrale, assise et debout. Comprend 40 items.
- **C** : coordination oculomotrice qui est l'étude de la préhension et du comportement de l'enfant avec les objets. Comprend 54 items.
- **L** : l'étude de langage dans ces fonctions de compréhension et d'expression. Comprend 30 items.
- **S** : relations sociales englobant la prise de conscience de soi, les relations avec autrui, les réactions mimiques et l'adaptation aux situations sociales. Comprend 26 items (Ibid. p 59).

5.3.1 Considération générale

Il est difficile avec le jeune enfant d'établir un ordre de présentation des épreuves absolument fixes. L'examen exige beaucoup d'ingéniosité et de souplesse de la part de l'examineur et il faut savoir exploiter les possibilités et les humeurs de l'enfant.

En générale celui-ci ne doit pas être examiné que s'il est en bonne forme physique, s'il n'a ni faim ni sommeil au moment de la passation des épreuves.

Le bébé est généralement suffisamment intéressé, voir absorbé par le matériel pour se mettre rapidement en train, mais il ne se détache pas toujours facilement de l'objet à manipuler. Il faut savoir donc retiré l'objet de sa main et proposer le suivant, un rapide changement de

situation pouvant calmer rapidement l'enfant qui se passionne aussitôt pour une nouvelle manipulation (Ibid. p 87).

5.3.2 La passation

- *Les conditions de l'examen*

On disposera d'une table devant laquelle la mère ou le substitut maternel pourra s'asseoir en tenant l'enfant commodément sur les genoux. Cette table sera couverte d'une alèse molletonnée pour les épreuves posturales pour lesquelles l'enfant devra être allongé (de 2 à 10 mois). La surface sur laquelle sera manipulé le matériel doit être lisse et former un contraste avec l'objet présenté. Dans les épreuves de manipulation l'examineur se tiendra à gauche de l'enfant, un peu en retrait tenant le matériel à sa portée, la table doit être rigoureusement vide afin de ne pas perturber son attention. Les objets seront présentés en position médiane sur la table, d'abord à 50 cm environ puis avancés à la portée des mains de l'enfant. On n'appliquera pas systématiquement toutes les séries d'épreuves car on tiendra compte de l'âge de l'enfant. (Josse Denis, 2007 p 90).

- *Le temps de passation*

L'attention de jeune enfant est très labile ; donc tout doit être mis en œuvre pour limiter le temps de testing. En général, pour les enfants de moins de 15 mois, le temps de passation se situe entre 25 et 35 minute. Pour les enfants plus âgés, la passation peut durer jusqu'à 60 minute. Mais la durée des épreuves est variable pour chaque enfant selon sa disponibilité et son intérêt. S'il se montre fatigué ou irritable et que ses réponses ne semblent pas refléter ses possibilités, on peut interrompre la passation et la reprendre plus tard.

Il n'y a pas de limite de temps pour la passation des items. En fonction de l'intérêt de l'enfant envers le matériel, les tâches proposées et la relation établie avec l'examineur, certains items n'ayant pas obtenu de réponses au début de l'examen peuvent être représentés plus tard (Ibid. p 90).

- *Le matériel*

Tout le matériel nécessaire à l'examen est inclus dans la mallette. Le matériel a été choisi pour être attirant, sans danger et résistant.

Avant la passation, l'examineur doit organiser le matériel en fonction de l'âge de l'enfant afin d'éviter toute attente et rester disponible.

En effet, pour le bon déroulement de la passation il est indispensable de maintenir une bonne relation avec l'enfant, ce qui implique que l'examineur soit familiarisé avec les techniques de passation de manière à ne pas tâtonner en sa présence (Ibid., p91).

La liste suivante indique le matériel inclus dans la mallette :

Planche à encastrer (rond, triangle, carré), clochette, ensemble de 12 cubes en bois, cuiller à café, crayon rouge, pastilles, hochet, miroir, ballon (grosse balle en plastique), livre d'image, jouet à tirer, poupée, petite chaise, grand tasse, anneau, serviette, flacon en verre, petite brosse à cheveux, petite tasse en plastique. Et celui utilisé dans les épreuves de langage se compose de :

2 planches d'images, petite balle en mousse, petite poupée, voiture, petite cuiller (de dinette), lunette, bouton, cheval, montre, mouton, crayon bleu. (Voir annexe C).

- ***Le choix des items en fonction de l'âge de l'enfant***

Le choix des items se fait en fonction de l'âge chronologique de l'enfant. Ainsi, pour un enfant de 6 mois et 10 jours on commencera par proposer les items de 6 mois. S'il réussit à la totalité des items de 6 mois, on lui proposera les items de 7 mois et ainsi de suite jusqu'à un échec complet à un niveau d'âge. Par contre si l'enfant échoue à un ou plusieurs items de 6 mois, on lui proposera tous les items de 5 mois (l'âge immédiatement inférieur) en remontant jusqu'à une réussite à tous les items d'un même niveau d'âge (Josse Denis, 2007, p 96).

5.3.2 L'expression des résultats

- ***La présentation des feuilles d'examen***

Il existe deux types de feuilles, le cahier de l'examen (BLR-F) et la feuille de niveau (BLR E).

- Sur la première page de cahier de l'examen sont recueillis tous les renseignements concernant l'enfant : ses antécédents, sa fratrie, ses parents, elle doit être complétée au début d'examen lors de l'entretien avec les parents, ou bien comme dans notre cadre de recherche on l'avait fait avec les éducatrices. Cela permet à l'examineur de laisser l'enfant s'habituer à la situation et d'observer les relations parents-enfant dans ce contexte. Les autres pages du cahier d'examen sont utilisées au cours de la passation pour noter de façon détaillée le comportement et les réactions de l'enfant.

(Voir annexe C).

- La feuille de niveau sert à reporter les résultats de l'enfant en terme de réussite (+) ou

d'échec (-). Elle sert également à calculer les scores en points, les âges de développement (AD), les quotients de développement (QD) et à dessiner le profil. (Voir annexe C). (Ibid. p 150).

- ***La Cotation***

Pour chacun des items, la cotation en termes de réussite ou d'échec est donnée avec les techniques de passation.

Après avoir noté sur le cahier de l'examen les résultats de l'enfant, on les rapportera sur la feuille de niveau, aux pages 2 à 4, par tranche d'âge. On pourra ensuite faire apparaître sur le profil, à la première page, la distribution des réussites suivant les différents secteurs de développement. Ces indications permettent ensuite le calcul des âges de développement et des quotients de développement pour chacune des quatre sous-échelles (P, C, L, S). (Ibid. p 150).

- ***Le calcul des âges de développement (AD)***

Le crédit en jours de chaque item est exprimé en points, un point ayant une valeur de 3 jours, nous considérons que chaque niveau d'âge reçoit un crédit de 10 points. On doit donc obtenir, par exemple, 240 points à 24 mois et 300 points à 30 mois.

Les niveaux, s'espacant de plus en plus au fur et à mesure que l'âge augmente, les dix items de chaque niveau reçoivent respectivement 10, 20, 30, 40, ou 60 points suivant qu'il y a 1, 2, 3, 4 ou 6 mois d'intervalle entre deux niveaux successifs.

On a donc 1 point ou 3 jours par item de 2 à 10 mois, puis 2 points ou 6 jours par item de 12 et 14 mois, 3 point ou 9 jours par item de 17 et 20 mois, 4 point ou 12 jours par item de 24 mois, et 6 point ou 18 jours par item de 30 mois. Le crédit d'un item s'accroît rapidement du fait que l'intervalle entre deux niveaux passe de 2 à 3, 4 ou surtout 6 mois.

On trouvera dans l'annexe C. Figure 4, le « tableau 4.2 » qui donne pour chaque une des sous échelles la correspondance entre les points et les âges de développement. (Ibid. p 151).

- ***L'âge de développement global (ADG)***

La somme des points obtenus aux quatre sous-échelles sonne le nombre total de points directement exprimable en âge global de développement.

Pour ce calcul, on trouvera dans l'annexe C. Figure 4, le « tableau 4.3 », conversion du nombre total des points en âges de développement globaux (Ibid. P 152).

- *Le calcul des quotients de développement (QD)*

Il est important de noter que le calcul du quotient de développement ne s'effectue pas avant l'âge de 4 mois, car au cours des 3 premiers mois ce calcul n'aurait pas de sens puisque les épreuves de 2 et 3 mois ne donnent qu'une indication générale sur l'évolution du développement du nourrisson.

Après avoir obtenu les âges de développement partiels et globaux, on peut calculer les quotients de développement en rapportant l'âge chronologique de l'enfant multiplié par cent.

Quotient de développement (QD) :

Age de développement (en jours)

----- x 100 = quotient de développement.

Age chronologique (en jours)

Pour ce calcul il faut transformer l'âge chronologique ainsi l'âge de développement en jours, en considérant que tous les mois en 30 jours (Denis J., 2007, p 152).

6. Le déroulement de la recherche

Dans cette partie, nous allons résumer brièvement les circonstances et le déroulement de notre recherche. Commençant par la partie théorique ; nous avons pris pas mal de temps pour recueillir à travers les ouvrages, les articles de revues, et bases de données un ensemble assez important d'informations et de données pour élaborer une revue de littérature, ensuite nous avons défini la problématique de départ et les hypothèses à confirmer, puis nous avons choisi une méthode de recherche et les outils de recueil de données valides et fiables.

Pour la partie pratique, c'est-à-dire la réalisation de stage pratique, nous avons visité à plusieurs reprises le foyer pour enfants assistés de la wilaya de Bejaia sis à Ihaddaden, et nous avons réalisé ensuite une prés-enquête et des entretiens de renseignement auprès de la psychologue de service, cependant ça était entravé par le fait d'indisponibilité des cas souhaités pour notre recherche. L'établissement nous a orientés vers un autre centre d'accueil pour enfants sis à la wilaya de Sétif.

Alors, nous avons visité le foyer pour enfant assistés de Sétif sis au centre-ville de la wilaya, et on a accompli toutes les procédures administratives et nous avons réalisé une pré-enquête dans des bonnes conditions dont on a déjà parlé antérieurement dans la (pré-enquête).

En ce qui concerne l'échantillon sélectionné au niveau du foyer pour enfants assistés , nous l'avons choisi avec l'aide de la psychologue du foyer, des éducatrices et après révision

de leurs dossiers médicaux, nous avons conclu qu'ils correspondaient aux critères de sélection que nous avons tracé.

Après avoir construit notre grille d'observation nous avons consacré 12 séances pour l'observation, deux séances par semaine, en moyenne de 4 heures par jour. Nos observations sont portées sur plusieurs situations (jeu, sommeil, alimentation, interaction, etc.) nous avons aussi profité au moment des observations d'entrer en contact avec les jeunes enfants et de se familiariser avec eux pour faciliter l'application de l'échelle, tout en adoptant une attitude neutre, ce qui a été sans subjectivité exagérée et surtout s'abstenir d'émettre un jugement moral. On a veillé pendant notre pratique à bien structurer et encadrer nos observations et être toujours présent dans toutes les situations notamment où l'enfant se trouve avec les autres enfants, ou bien avec l'éducatrice.

Une fois un comportement attendu n'est pas manifesté, ou dans le cas où on n'est pas sensé de le voir, on se contente alors sur ce qu'elles nous apportent les éducatrices.

La seule difficulté que nous avons rencontrée au moment des observations, est que les jeunes enfants constituant notre groupe d'étude sont répartis dans trois salles, alors on était obligé de se déplacer constamment d'une salle à une autre.

Après avoir fini avec la grille d'observation, on a élaboré un guide d'entretien semi-directif destiné aux éducatrices. Le fait de laisser l'entretien en second lieu c'est dans le but de mieux familiariser avec les éducatrices et gagner leur confiance. Nous avons obtenu leur acceptation de participer à nos entretiens après avoir expliqué fidèlement l'objectif et l'utilité de cette étape de notre recherche. Dès qu'on a eu leur consentement, nous avons pris rendez-vous avec les éducatrices qui s'occupent quotidiennement des enfants sélectionnés pour notre étude. Malgré que les entretiens se sont déroulés dans les chambres où se trouvent les enfants puisque aucune d'entre elles ne peut quitter la chambre et laisser les enfants seuls, ils ont été réalisés dans des conditions favorables et dans un cadre idéal.

Nous avons pris beaucoup de temps pour en finir avec les entretiens, de fait du, l'importance donnée à cette étape dans l'enrichissement des données concernant notre groupe d'étude. Les éducatrices étaient coopératives, et estimaient-nous aider du mieux qu'elles pouvaient, cependant les informations recueillies ne sont pas assez satisfaisantes pour compléter notre guide d'entretien notamment dans l'axe relatif à l'histoire personnelle de chaque enfant et des conditions de son abandon, car pour des raisons judiciaires les responsables du service refusent de dévoiler l'histoire personnelle de chaque cas.

Ceci dit, nous avons rencontré certaines difficultés inhérentes à la recherche dans le milieu institutionnel, nous citerons parmi elles l'impossibilité d'établir l'anamnèse détaillée de chaque cas étant donné que les éducatrices principales refusent de dévoiler l'histoire personnelle des petits pensionnaires.

Pour l'application de l'échelle de Brunet-Lézine, elle s'est faite dans des conditions agréables. La passation s'est déroulée dans une salle de psychomotricité équipée de tout ce qu'on aura besoin (chaise, table, moquette, etc.). Nous avons bien sûr vidé la salle de tout objet susceptible de perturber l'attention de notre sujet durant la passation de test.

Nous avons choisi pour l'examen de chaque cas une éducatrice avec qui, l'enfant se sentait proche, confortable et en sécurité.

Nous étions dans l'obligation d'appliquer l'échelle, uniquement le matin puisque les enfants faisaient des siestes l'après-midi.

Le matériel inclus dans la batterie de test, attire fabuleusement l'attention des jeunes enfants, cependant la plupart d'entre eux se détachent facilement de l'objet à manipuler au moment où on leur présente un autre objet. C'est en ce moment là, où on a bien observé l'indifférence de ces enfants envers les objets et les jouets, c'est d'ailleurs l'un des signes les plus remarquables de la carence affective.

Conclusion

Ce chapitre méthodologique nous a permis une organisation dans notre travail de recherche, ainsi qu'un bon suivi des étapes de notre recherche. La méthode clinique et l'ensemble des outils de recherche utilisés nous ont permis de rassembler des données et des résultats que nous pouvons analyser et interpréter.

Chapitre IV

Présentation et analyse des résultats

Préambule

Nous présentons dans ce chapitre la description de nos cas étudiés, puis nous allons analyser les résultats des données recueillies à travers l'observation, les entretiens et l'échelle de Brunet-Lézine Révisé. On terminera ensuite par une synthèse des résultats et une discussion des hypothèses.

Il est important de souligner que les données recueillies à base de la grille d'observation constituent beaucoup plus une réplique qui va nous permettre de démontrer que les ces jeunes enfants représentant notre échantillon d'étude souffrent tous d'une carences affective. Et pour les résultats et les données recueillies à base de l'entretien, ils sont obtenus à partir des interviews réalisées avec les nourrices. Nous avons consacré le premier axe de l'entretien pour avoir des renseignements concernant les nourrices, puis ce qui reste de l'entretien concerne principalement les enfants.

1. La Présentation et analyse des résultats

1.1 présentation du Cas n° 1 : « raouf »

Raouf, un petit garçon âgé de 11 mois, placé au foyer pour enfants assistés sous la décision de la direction de l'action sociale de Sétif après sa naissance de quatre jours. Raouf est un enfant très calme et en bonne santé.

1.1.1 présentation et analyse des données de l'observation

Nous avons remarqué pendant les séances d'observation qui se sont déroulée dans des situations quotidiennes différentes, que « Raouf » présente certains troubles et comportements qui sont à l'origine d'une carence affective. Cet enfant maintient souvent une expression faciale neutre, il réagit rarement à l'expression faciale d'autrui ce qui explique une froideur et une indifférence dans les interactions, cette indifférence aussi est manifestée pas uniquement dans les relations humaines, mais aussi dans les activités ludiques par exemple il ne favorise jamais certains jouets, une indifférence totale aux objets qu'on lui donne. On sent toujours chez lui une tristesse profonde avec un regard absent, voir fuyant et une absence de vocalisation, une lourdeur dans les mouvements et une pauvreté motrice traduite par une insuffisance dans l'exploration de l'environnement physique, il manipule peu les objets qui sont à sa portée, c'est un enfant qui donne l'impression qu'il vit dans un monde cruel, et un manque d'intérêts. Pendant la récréation, il ne s'agite jamais, au contraire il reste parfois

immobile et solitaire, il a tendance des fois à manipuler les jouets lumineux ou sonores. Durant les repas, il manifeste rarement des conduites d'opposition à manger, il ne présente aucun trouble alimentaire grave, sauf que parfois il ingère certaines substances non nutritives tel que le tissu, il mange sans pour autant faire la différence des goûts. Il réclame les repas avec des conduites d'appel, de cris et de pleur. Il refuse aussi de manger certains aliments.

Les manifestations de colère et d'anxiété chez lui s'expriment par des balancements inlassables ou des suctions de doigt.

Sur le plan affectif, il manifeste des fois avec un adulte qu'il soit étranger ou familial surtout lorsqu'il le prend dans les bras, des conduites d'accrochage, aime beaucoup les câlins et les caresses donc c'est un exemple qui explique une recherche de façon avide l'affection.

On remarque qu'il manque en lui des attitudes anticipatrices par exemple il n'arrive pas à tendre ses bras pour un adulte qui prévient de le prendre.

Nous avons en plus observé ce bébé aux moments des siestes, on remarque parfois une difficulté d'endormissement, à part qu'il manifeste souvent des comportements de suctions, de balancements avant chaque sieste et des sautes de l'humeur.

Notre observation s'est focalisée également sur la qualité de l'environnement dans lequel cet enfant grandit et cela dans le but de repérer les anomalies qui favorisent négativement la carence affective dans le foyer pour enfants assistés.

Par conséquent, nous avons constaté souvent que ce jeune enfant est victime d'une discontinuité des soins, on ne parle pas des soins physiques ou d'alimentation mais beaucoup plus affectifs et psychologiques, ainsi qu'une insuffisance dans les interactions bébé/professionnel, ce qui conditionne l'enfant de grandir dans un monde fermé et frustrant, on remarque des moments de solitude voir de négligence de l'enfant notamment lorsque l'éducatrice est préoccupée par d'autres tâches.

À présent nous pouvons conclure à la base des données de l'observation que Raouf souffre d'une carence affective visiblement observé dans ses comportements et ses conduites. De plus la qualité de l'environnement et le fonctionnement du foyer pour enfants assistés qui a fait de cet enfant, un enfant carencé affectivement.

1.1.2 Résumé de l'entretien

La nourrice principale qui s'occupe de Raouf, a un niveau d'étude secondaire, elle a une expérience professionnelle d'une année dans un établissement de soins en qualité d'aide-soignante, elle est recrutée au sein de foyer pour enfants assistés de Sétif depuis 20 ans en qualité d'éducatrice pour enfants. Elle n'a jamais bénéficié d'une formation en puériculture ni d'une formation équivalente. En revanche, elle se montre très apte dans ce métier et expérimenté. Néanmoins elle nous prévient qu'elle rencontre des difficultés dans ce travail entre autre, le fait qu'elle s'occupe seule de neuf enfants, elle disait que *« je ne suis pas en mesure de couvrir et de satisfaire tous leur besoins en raison de leur effectif, c'est pour ça qu'ils sont malheureux... ce n'est pas de notre faute J'aurai aimé avoir plus de temps pour s'occuper d'un seul enfant, de lui donner la tendresse, rentrer en contact avec lui pour longtemps... pour moi ils ont besoin de ça, mais !! Avec neuf enfants c'est impossible... »*.

Lorsque nous avons demandé des renseignements à propos de l'histoire personnelle de ce petit, et sur les causes et les circonstances de son abandon, elle nous a rien dit, pour des raisons inconnues les responsables de la pouponnière les ont interdits de dévoiler l'histoire des petits résidents, de plus les éducatrices ne sont pas informées de l'histoire des enfants, comme elle nous l'a signalé l'une d'entre elles, *« ... on ne se mêlé pas de ces affaires, et tout ce qui dépend de leur histoire et leurs famille vous le retrouvez chez l'assistante ou bien chez le chef de service... »*. En tout cas, tout ce qu'on a pu savoir sur Raouf, c'est qu'il a été abandonné par sa mère juste après quatre jours de naissance et placé par la Direction de l'Action Sociale (DAS), dans le cadre de l'abandon temporaire.

Cependant, à l'aide de son carnet de santé, nous avons pu savoir quelques informations sur les antécédents médicaux de Raouf, à l'âge de 4 mois Raouf a été hospitalisé pour une bronchiolite pendant deux semaines. A présent, il ne présente aucun problème de santé. Le mode d'accouchement était normal et la grossesse a été à terme (neuf mois), son poids à la naissance est de 3.300 g, indice d'apgar 9/10.

La nourrice décrit Raouf comme un bébé très calme, facile et il s'est adapté facilement dès son arrivé au foyer les premiers mois, elle n'a rien remarqué d'anormal chez lui. Actuellement aussi elle le décrit comme un enfant qui reste toujours immobile, il ne bouge pas trop, il n'est pas exigeant. Même l'alimentation, il ne mange pas trop, il refuse parfois de manger certains

aliments. Raouf fait des siestes quotidiennement, de ce côté-là il ne présente aucun trouble de sommeil.

Quant aux acquisitions psychomotrices et langagières de cet enfant, la nourrice n'arrive pas à nous donner l'âge exact qui convient à chaque acquisition. Grosso modo, nous avons pu savoir que certaines réalisations motrices et langagières sont acquises tardivement, et d'autres qui ne sont pas encore acquises notamment la station debout, la position assise, sachant qu'à l'âge de 11 mois ces propriétés devraient être présentes.

Le langage aussi pose un problème majeur chez cet enfant, notamment sur le plan expressif, il n'arrive même pas à prononcer un seul mot, une absence totale de vocalisation des syllabes. Sur le plan compréhensif, il comprend plus en moins les expressions fréquemment entendues exemple « tiens ton biberon... ». L'éducatrice a remarqué aussi un manque dans l'expression faciale, un visage peu expressif et une lenteur dans les gestes et les mouvements de la tête et des membres.

1.1.3 présentation et analyse des résultats de l'échelle de brunet-lézine

Nous allons présenter dans le tableau suivant les scores obtenus de l'échelle de développement psychomoteur concernant les quatre acquisitions (posture (**P**), coordination (**C**), langage (**L**) et sociabilité(**S**)), présenter également les scores en points, les âges de développement (**AD**) en mois, et les âges de développement en jours, les quotients de développement (**QD**) et enfin le score global de développement de « Raouf ».

Tableau N°5 : les scores du 1^{er} cas « Raouf »

	P	C	L	S	Global
Nombre de points	27	32	13	16	88
A D en mois	09	09 ; 07	07 ; 15	08 ; 15	08 ; 24
A D en jours	270	277	240	255	264
Q D	82	84	68	77	80

- *L'examen de « Raouf » à 11 mois*

L'examen a eu lieu au foyer, dans une salle de psychomotricité très adaptée et calme, en présence d'une éducatrice. Il accepte facilement la situation de l'examen. Raouf, est né le 05-06-2014, et a été examiné le 06-05-2015. Son âge chronologique est donc de 11 mois soit 330 jours.

Le quotient de développement global se situe dans la moyenne (80) avec des quotients de développement compris entre 68 et 84. C'est dans le domaine de la coordination que le développement est le plus avancé et en langage qu'il est le plus faible.

L'âge de développement global obtenu est de 8 mois et 24 jours, l'âge le plus élevé obtenu aux items de la coordination (09 mois et 07 jours), le plus faible s'affiche aux épreuves du langage (7 mois et 15 jours).

- Au niveau **postural**, il échoue massivement aux items de 12 mois. Aux items de 10 mois il réussit uniquement un seul item. Il passe de la position assise à la station debout en utilisant un appui (P27), cependant il ne passe pas seul de la position couchée à la position assise (P25), il n'arrive pas également à lever son pied et le repose au moment où il est placé debout avec appui (P26), notons aussi qu'il a même échoué au troisième item de 9 mois dont il n'arrive pas à faire des mouvements de marche lorsque il est soutenu sous les bras (P24).son quotient de développement dans cette partie est de 82.

Il faut noter que Raouf est un bébé hypotonique, raison pour laquelle qu'on a eu du mal à le faire participer aux épreuves posturales, même si il se montre adapté à la situation d'examen.

- Du point de vue de la **coordination oculo-manuelle**, il réalise un seul item de 12 mois, où il réussit à lâcher un cube dans la tasse (C34), pour les items de 10 mois, il a pu réaliser une épreuve sur quatre, il met facilement le cube dans la tasse et le retire (C30), mais il ne soulève par l'anse la tasse retournée et saisit le cube caché (C29), même difficultés aussi pour les deux autres items concernant la coordination. Sinon, il réalise aisément toutes les épreuves de la coordination incluses dans les items de 8 et 9 mois.

- **En langage**, il affiche un retard important qui s'explique par les échecs aux items de 12, 9

et 8 mois, ses capacités langagières sont limitées au niveau de huitième mois, il réagit bien à certains mots familiers (L12) exemple « tatta » désigne l'éducatrice qui s'occupe de lui, il réagit lorsqu'il entend son prénom. Il utilise des émissions vocales, des gestes, et souvent des cries pour attirer l'attention (L10), mais il ne vocalise pas plus de deux syllabes « ma » et «da » (L11), il n'émet pas de syllabes redoublées (L13).

De plus, les observations menées avec Raouf font apparaître qu'effectivement son registre verbal est très pauvre, il ne dispose d'aucun mot ni d'onomatopée. Du point de vue de la compréhension, notre cas saisit la signification d'un nombre très limité d'énoncés.

- **En sociabilité**, les points obtenus correspondent à un âge de développement équivalant à 8 et 15 jours. Pour déterminer le score de Raouf aux épreuves de la sociabilité, on a fait appel aux données des observations antérieures ainsi qu'aux informations complémentaires rapportées par sa nourrice. Concernant les items relatifs à l'acquisition de l'autonomie il parvient à boire seul son biberon en le tenant (S15), tandis qu'il ne participe pas activement à l'habillage (S18), réagit aussi quand on met un objet hors sa portée (S13), néanmoins il échoue complètement aux items de 10 et 12 mois, par exemple il n'arrive pas à regarder ce que l'adulte regarde sans que celui-ci montre du doigt (S16).

1.2 Présentation du cas n°2 « Warda »

Warda est de sexe féminin, âgée de 11 mois. Placée au Foyer pour Enfants Assistés dès la naissance sous la décision de la Direction de l'Action Sociale (DAS) de Sétif. Son état de santé est bon. Elle est une petite fille qui s'agite trop et n'arrive pas à se tenir calme.

1.2.1 Présentation et analyse des données de l'observation

Pendant nos séances d'observation qui se sont déroulées dans des situations quotidiennes différentes, nous avons remarqué que, la petite Warda manifeste certains comportements et troubles causés par une carence affective. C'est une petite fille qui maintient souvent une expression faciale neutre avec un visage figé, elle répond (sous insistance) quand on lui sourit avec un sourire non significatif. Au niveau du contact et relation avec autrui, c'est une fille qui hésite d'entrer en contact, d'un côté elle utilise les conduites d'appel telles que crier et pleurer pour attirer l'attention envers elle mais dès qu'on s'approche d'elle et on tend les bras pour la prendre, elle se retire et elle ne va pas tendre ses bras qu'après un bon moment. Par notre observation nous avons pu vérifier par la suite que Warda ne refuse pas le contact et elle n'est pas du tout désintéressée, comme elle avait l'ère au début mais au contraire, elle cherche l'affection avec une avidité qui s'exprime par le recours de cette petite aux comportements de balancement et de sucer le doigt comme une manière pour étancher son angoisse et arriver à un équilibre intérieur. De plus, on remarque que des fois elle manifeste des conduites d'accrochage à l'égard de sa nourrice. Pendant la récréation et les activités ludiques, Warda s'agite autour des objets, grimpe partout, ne tient pas en place, aime jouer à frapper deux objets et elle s'intéresse beaucoup aux jouets qui produisent des sons.

Warda ne présente aucun trouble alimentaire, réclame souvent les repas, elle ne manifeste pas des conduites d'opposition, elle mange sans pour autant faire la différence des goûts. Cependant au moment de sommeil, nous avons constaté qu'elle a un comportement atypique avant la sieste qui consiste à se replier sur l'oreille, mettre le doigt dans la bouche puis se balancer jusqu'à ce qu'elle s'endorme.

Concernant nos observations faites à propos de la qualité de l'environnement dans lequel la petite grandit, elles nous avaient permis de constater que cette petite fille est une victime d'une discontinuité des soins notamment psychologiques. Nous avons remarqué aussi une insuffisance dans les interactions bébé /professionnel du fait que la nourrice procède à

l'alimentation et la toilette de la petite en silence marqué par l'absence de stimulation verbale ou affective.

Sur la base des données de l'observation, notre conclusion est la suivante : Warda souffre d'une carence affective qui se manifeste à travers ses conduites et ses comportements. Une carence que cette petite vit sur un double plan : c'est une fille carencée et sa carence n'est pas prête à se disparaître vu la qualité de l'environnement et le fonctionnement de Foyer pour Enfants Assistés.

1.2.2 Résumé de l'entretien

La nourrice principale qui s'occupe de Warda est la même qui s'occupe de Raouf, c'est une dame qui a une expérience de 20ans au sien de Foyer pour Enfants Assistés de Sétif. Elle n'est pas une puéricultrice de formation mais elle se montre très compétente dans son travail. Elle savait très bien que les enfants l'attendent et s'attachent à elle mais elle pense que c'est impossible de satisfaire et répondre à tous les besoins de ces enfants, ce qu'elle avait exprimé comme suit : *« je ne suis pas en mesure de couvrir et de satisfaire tous leurs besoins en raison de leur effectif, c'est pour ça qu'ils sont malheureux... ce n'est pas de notre faute J'aurai aimé avoir plus de temps pour s'occuper de chaque enfant, de lui donner la tendresse, rentrer en contact avec lui pour longtemps... pour moi ils ont besoin de ça, mais !! Avec neuf enfants c'est impossible... »*.

Lorsque nous avons demandé des renseignements à propos de l'histoire personnelle de cette fille et sur les causes et les circonstances de son abandon, elle ne nous a pas suffisamment informés pour des raisons qu'on a déjà citées. En tout cas, tout ce qu'on a pu savoir sur Warda, ce qu'elle est née d'une relation extraconjugale et elle était abandonnée juste après sa naissance puis placée au Foyer pour Enfants Assistés de Sétif par la Direction de l'Action Sociale (DAS), dans le cadre d'abandon temporaire.

Nous avons pu avoir quelques informations à propos des antécédents médicaux de Warda, en s'appuyant sur son carnet de santé. Elle est née à terme c'est-à-dire après neuf mois de vie intra-utérine et le mode d'accouchement était normal. A la naissance l'état de santé de Warda est bon, elle ne présente aucune déformation faciale ou des membres, son poids était de 3,300g et son indice d'apgar est de 8/10. Actuellement, elle pèse 9,600g.

La nourrice décrit Warda comme une fille inattentive, qui bouge trop et ne parvient pas à se tenir tranquille en disant *« c'est une foule »*, ce qui l'oblige à fournir plus efforts avec elle, par

exemple au moment de repas, la nourrice se retrouve obligée de la serré entre ses bras pour qu'elle ne bouge pas. Dès son arrivée au foyer, Warda s'est adaptée facilement. Sur le plan de l'alimentation et de sommeil elle n'a jamais présenté une anomalie.

Quant aux acquisitions psychomotrices et langagières de cette petite fille, la nourrice n'arrive pas à nous donner l'âge exact qui convient à chaque acquisition. Grosso modo, nous avons pu savoir grâce a notre observation et les informations complémentaires rapportées par la nourrice que certaines réalisations motrices et langagières sont acquises tardivement, et d'autres qui ne sont pas encore acquises notamment la station debout, sachant que à l'âge de 11 mois ces propriétés devraient être présentes.

Le langage aussi pose un problème chez cette fillette, notamment sur le plan expressif, elle n'arrive même pas à prononcer un seul mot, une absence totale de vocalisation de syllabes. Sur le plan compréhensif, elle comprend plus en moins les expressions fréquemment entendues exemple « *tiens ton biberon... faite pas ça..* ».

1.2.3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Brunet-Lézine

Nous allons présenter dans le tableau suivant les scores obtenus de l'échelle de développement psychomoteur concernant les quatre acquisitions (posture (**P**), coordination (**C**), langage (**L**) et sociabilité(**S**)), présenter également les scores en points, les âges de développement (**AD**) en mois, et les âges de développement en jours, les quotients de développement (**QD**) et enfin le score global de développement de « Warda».

Tableau N°6 : les scores du 2^{em} cas «Warda»

	P	C	L	S	Global
Nombre de points	30	30	13	16	89
AD en mois	10	08 ; 21	07 ; 15	08 ; 15	8 ; 27
AD en jours	300	261	225	255	267
QD	87	75	65	74	77

-L'examen de « Warda » à 11 mois

L'examen a eu lieu au foyer, dans une salle de psychomotricité calme et très adaptée, en présence d'une éducatrice. Warda accepte facilement la situation de l'examen.

Warda, est née le 22-05-2014, et a été examinée le 06-05-2015. Son âge chronologique est donc de 11 mois et 16 jours soit 420 jours.

Le quotient de développement global se situe dans la moyenne (77) avec des quotients de développement compris entre 65 et 87. Donc le développement est plus avancé dans le domaine de la posture et il est plus faible dans le domaine de langage.

L'âge de développement global obtenu est de 08 mois et 27 jours, l'âge le plus élevé s'indique aux épreuves de la posture (10 mois), le plus faible s'affiche aux items de langage (07 mois et 15 jours).

- Au niveau **postural**, c'est le niveau auquel Warda avait eu le quotient le plus élevé (87), ce qui confirme le point de vue théorique qui stipule que les enfants hypertoniques sont forts en motricité globale. Malgré que Warda échoue tous les items de 12. Au niveau de 10 mois, elle parvient seul à passer de la position couchée à la position assise (P25), comme elle peut aussi passer de la position assise à la position debout en utilisant un appui (P27). Elle a pu réussir deux items de 9 mois qui sont (P23) : se tient debout avec appui et le (P22) elle fait des mouvements nets de déplacement, mais elle n'arrive pas encore à faire des mouvements de

marche ce qui est possible à son âge. Et elle pu réaliser toutes les épreuves de 8, 7 et 6 mois sans aucune difficultés.

- Au niveau de la **coordination oculo-manuelle**, Warda n'a eu aucune réussite aux items de 12 mois et elle a pu réussir à un seul item de 10 mois qui correspond à mettre un cube dans la tasse (C30), tandis qu'elle échoue aux autres telle que son incapacité à chercher la pastille à travers le flacon ou bien a chercher le battant de la clochette (C31), (C32). Au 9 mois, elle arrive à saisir la pastille entre le pouce et l'index (C26) et elle ne parvient pas à retrouver le jouet sous la serviette (C27). Pour les items de 8, 7 et 6 mois Warda les avait tous réussis.

- **En langage**, Warda marque un retard visible qui s'explique par les échecs aux items de 12, 9 et 8 mois, ses capacités langagières sont limitées au niveau de huitième mois, elle réagit bien au certains mots familiers (L12) exemple : réagit lorsqu'elle entend son nom. Elle utilise des émissions vocales, des gestes, et souvent des cries pour attirer l'attention (L10), mais elle ne vocalise pas plus de deux syllabes « ma » et « da » (L11).

De plus les observations et l'entretien effectué avec la nourrice de Warda avaient montré qu'effectivement son registre verbal est très pauvre, elle ne dispose d'aucun mot ni d'onomatopée. De point de vue de la compréhension, elle saisit la signification d'un nombre très limité d'énoncés.

- **En sociabilité**, Pour déterminer le score de Warda aux épreuves de la sociabilité, on a fait appel aux données des observations antérieures ainsi qu'aux informations complémentaires apportées par sa nourrice. Concernant les items relatifs à l'acquisition de l'autonomie elle boit seul son biberon en le tenant (S15), tandis qu'elle ne participe pas activement à l'habillage (S18), réagit aussi quand on met un objet hors sa portée (S13), néanmoins elle échoue tous les items de 10 et 12 mois, par exemple elle n'arrive pas à regarder ce que l'adulte regarde sans que celui-ci montre du doigt (S16), ce qui signifie l'absence de l'attention conjointe.

1.3 Présentation du cas n°3 « Farida »

Farida est de sexe féminin, âgée de 14 mois. Trouvée abandonnée et placée au Foyer pour Enfants Assistés sous la décision de la justice par le biais des services de la Direction de l'Action Sociale DAS de Sétif. Son état de santé est moyen. Elle est une petite fille sage et qui ne bouge pas trop.

1.3.1 Présentation et analyse des données de l'observation

Durant nos séances d'observation qui se sont déroulées dans des situations quotidiennes différentes, nous avons remarqué que certains comportements et troubles qui renvoient à une carence affective sont observables chez La petite Farida. C'est une enfant qui maintient souvent une expression faciale neutre, elle répond quand on lui sourit avec un sourire marqué de tristesse. Au niveau du contact et relation avec autrui, c'est une fille qui entre facilement en contact même avec des personnes étrangères et elle essaie avec de multiples façons d'attirer l'attention de l'individu qui se trouve près d'elle, que ce soit en utilisant des conduites d'appel comme crier, suivre avec des yeux ou, en cas où il est très proche elle va le toucher et dès qu'il prévient de la prendre, la petite va tout de suite tendre ses bras. Concernant le côté émotionnel et affectif, cette fille manifeste un désir ardent et immodéré de l'affection qu'on peut constater dans son regard avide de tendresse, elle est irrésistible aux câlins et aime beaucoup les caresses. C'est une fille qui ne pleure presque jamais et lorsqu'elle se sent un malaise elle se retire et s'isole dans un coin tout en suçant le doigt. Pendant la récréation et d'après nos observations, on ne peut que attribuer une tranquillité et une pauvreté des mouvements à cette fille, c'est pareille lors des activités ludiques, elle se tient dans une place et se met sur le ventre puis elle commence d'explorer et de manipuler les objets, en particuliers ceux qui bougent, qui tournent, les jouets lumineux et sonores, ...etc.

Farida ne présente aucun trouble alimentaire, réclame souvent les repas et de plus nous n'avons pas observé des conduites d'opposition à manger chez elle, ce qui signifie que la petite enfant cherche une interaction avec l'adulte du fait que le repas est peut être considéré comme un moment social et un moyen d'entrer en contact. Nos observations à-propos des comportements de la fille durant le sommeil, nous avaient permis de constater que la petite fait la sieste après chaque repas, elle a des difficultés d'endormissement vu les stimulations extérieures excessives, si non ne présente aucun comportement atypique avant de s'endormir.

Concernant nos observations faites sur la qualité de l'environnement dans lequel l'enfant grandit, nous avons permis de constater que cette petite fille subit une discontinuité des soins notamment psychologiques et une insuffisance dans les interactions bébé/professionnel, voir des moments de négligence.

En fin, les données de nos observations et de nos constatations nous ont permis de confirmer que Farida souffre d'une carence affective qui se manifeste clairement dans ses conduites et ses comportements. Une carence que cette petite vit sur un double plan : c'est une enfant carencée et sa carence n'est pas prête à se disparaître vu la qualité de l'environnement et le fonctionnement de Foyer pour Enfants Assistés.

1.3.2 Résumé de l'entretien

La nourrice principale qui s'occupe de Farida est la même qui s'occupe de Raouf et de Warda.

Lorsque nous avons demandé des renseignements à propos de l'histoire personnelle de cette fille et sur les causes et les circonstances de son abandon, elle ne nous a pas suffisamment informés pour des raisons qu'on a déjà citées. En tout cas, tout ce qu'on a pu savoir sur Farida, c'est qu'elle a été trouvée abandonnée par des inconnues et placée au Foyer pour Enfants Assistés de Sétif après une décision judiciaire par le biais de la Direction de l'Action Sociale (DAS), dans un cadre d'abandon temporaire.

A propos des antécédents médicaux de Farida, nous avons pu avoir quelques informations à travers son carnet de santé. Elle est née à terme c'est-à-dire après neuf mois de vie intra-utérine et le mode d'accouchement était normal. A la naissance l'état de santé de Farida est moyen, elle n'a pas présenté aucune déformation faciale ou des membres, son poids était de 3,400g et son indice d'apgar égal à 8/10. L'état actuel de santé, hospitalisée à plusieurs reprises à cause d'une bronchiolite.

La nourrice décrit Farida comme une fille calme, facile, qui n'est pas exigeante au point qu'elle n'a jamais rencontré des difficultés avec elle, dès son arrivée au foyer elle s'est adaptée rapidement, elle disait « *Farida est une fille tranquille, elle ne me fatigue pas* ». Du côté de l'alimentation et de sommeil, Farida ne manifeste aucun trouble, son appétit est normal, elle mange tous les aliments qu'on lui donne et elle s'endort très bien.

Quant aux acquisitions psychomotrices et langagières de cette fille, la nourrice n'arrive pas à se souvenir de l'âge exact auquel elle arrive à tenir sa tête, sinon pour les autres acquisitions, on a pu se rendre compte à partir de l'observation qu'elles ne sont pas encore présentes chez Farida et se sont des propriétés qui devraient être normalement acquises à l'âge de 14 mois telles que, la position assise, la station debout, faire quelques pas avec aide...etc. Même la nourrice de sa part est inquiète pour l'état de Farida car pour elle, la petite a un grand retard en disant : « *Je me fais des ceci pour elle ... quand je la voie comme ça... Tout le temps allongé et j'ai demandé au médecin de foyer de l'examiner...* ».

Quant au langage, il pose aussi un problème chez cette petite fillette, surtout sur le plan expressif, elle n'arrive même pas à prononcer un seul mot, elle n'utilise pas des onomatopées qui font office de mots avec absence totale de langage gestuel. Pour la compréhension, elle comprend plus en moins les expressions fréquemment entendues exemple « tiens attrape... donne- moi.. » et elle réagit quand on l'appelle par son nom.

1.3.3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Brunet-Lézine

Nous allons présenter dans le tableau suivant les scores obtenus de l'échelle de développement psychomoteur concernant les quatre acquisitions (posture (**P**), coordination (**C**), langage (**L**) et sociabilité(**S**)), présenter également les scores en points, les âges de développement (**AD**) en mois, et les âges de développement en jours, les quotients de développement (**QD**) et enfin le score global de développement de « Farida ».

Tableau N°7 : les scores du 3^{em} cas «Farida »

	P	C	L	S	Global
Nombre de points	23	29	14	13	79
A D en mois	07 ; 20	08 ; 14	08	06 ; 15	07 ; 27
A D en jours	230	254	240	195	237
Q D	55	60	57	46	56

-L'examen de « Farida » à 14 mois

L'examen a eu lieu au foyer, dans une salle de psychomotricité calme et très adaptée, en présence d'une éducatrice. Farida accepte facilement la situation de l'examen.

Farida, est née le 02-03-2014, et a été examinée le 06-05-2015. Son âge chronologique est donc de 14 mois soit 420 jours.

Le quotient de développement global se situe dans la moyenne de (56) avec des quotients de développement compris entre 46 et 60. Donc le développement est plus avancé dans le domaine de la coordination et il est plus faible dans le domaine de la sociabilité.

L'âge de développement global obtenu est de 07 mois et 27 jours, l'âge le plus élevé s'affiche aux épreuves de la coordination (08 mois et 14 jours), le plus faible est obtenu aux items de sociabilité (06 mois et 15 jours).

- Au niveau **postural**, Farida échoue tous les items de 14 mois ainsi que ceux de 12 mois. Pour ceux de 8 mois, elle a pu réussir un seul item qui consiste à se tenir debout avec appui (P23). Elle arrive aussi à réussir deux items de 8 mois qui sont (P20) : se retourner du dos sur le ventre et le (P19) elle se débarrasse facilement de la serviette posée sur sa tête pendant qu'elle est couchée sur le ventre (P21) ce qui la conduit à l'échec. Quant aux items de 7 et 6 mois, elle les a réussis sans aucun problème.

Il faut noter que Farida est une petite fille un peu molle et manque d'énergie raison pour laquelle elle affiche un retard important aux épreuves posturales.

- La **coordination oculo-manuelle**, c'est le niveau auquel Farida avait eu le quotient le plus élevé (60), ce qui confirme le point de vue théorique qui stipule que les enfants hypotoniques sont forts en motricité fine. Alors, Farida n'avait pas marqué aucune réussite aux items de 14 mois et elle a eu deux succès au niveau de 12 mois contre deux échecs au même niveau, par exemple : à l'item (C36) elle n'imitait pas le gribouillage de l'examineur qui peut être dû au fait que ces enfants sont pas habitués à ce genre d'exercices. Tandis qu'elle réussit tous les items de 10 mois, elle va échouer à un item de 9 mois car elle ne retrouve pas le jouet sous la serviette (C27) qu'on considère comme un signe de la non acquisition de la notion de « l'objet permanent », sinon elle réussit facilement toutes les épreuves de niveau 8, 7, 6 mois.

- **En langage**, elle manifeste un retard considérable qui s'explique par les échecs aux items de 14, 12, 10 et 9 mois. Cependant, au niveau de huitième mois, elle réagit à certains mots familiers (L12), réagit lorsqu'elle entend son prénom. Elle vocalise plusieurs syllabes bien définies (L11), elle utilise des émissions vocales et souvent des cries pour attirer l'attention (L10)

De plus nos observations effectuées avec Farida font révéler qu'effectivement son registre verbal est très pauvre, elle ne dispose d'aucun mot ni d'onomatopée. De point de vue de la compréhension, elle saisit la signification d'un nombre très limité d'énoncés.

- **En sociabilité**, la sociabilité est la dimension de développement psychomoteur où notre cas avait eu un quotient de développement faible qui est de 46 qui correspond à l'âge de 6mois et 15 jours. Comme c'était le cas pour les épreuves de langage, Farida échoue massivement aux items de 14, de 12 et de 10 mois, par exemple elle n'arrive pas à regarder ce que l'adulte regarde sans que celui-ci montre du doigt (S16) ce qui signifie l'absence de l'attention conjointe. Sauf qu'elle a réussi un item de 9 mois, elle a pu avoir deux réussites sur trois qui consiste à prendre des morceaux avec les doigts dans son assiette et boit au verre si on lui maintient (S15) et celui de 8 mois du fait qu'elle réagit quand on met un objet hors de sa portée(S13).

1.4 Présentation du cas n°4 « Laid »

Laid est de sexe masculin, âgé de 14 mois, placé au Foyer pour Enfants Assistés de Sétif à l'âge de 3 mois suite à une décision judiciaire. Laid est un enfant qui est en bonne santé, il n'a jamais présenté une anomalie sur le plan médical. C'est un enfant qui n'est pas exigeant.

1.4.1 Présentation et analyse des données de l'observation

Tout au long de nos séances d'observation qui se sont déroulées dans des situations quotidiennes différentes, nous avons remarqué que, certains comportements et troubles qui sont dus à une carence affective se manifeste chez Laid. C'est un enfant qui maintient souvent une expression faciale neutre avec un visage triste. Dans la plupart du temps, il semble absent et ne prête pas attention à ce qui se passe autour de lui, de plus il présente une indifférence dans les interactions : il ne cherche pas à entrer en contact avec les autres excepté les moments du repas, il ne manifeste pas des conduites d'accrochage à l'autre et il est indifférent à la séparation avec les éducatrices qui s'occupent de lui. Dans les activités ludiques, on constate l'existence d'une indifférence chez cet enfant même par apport aux objets qu'on lui donne, par exemple il n'a pas intérêt pour les jouets lumineux et sonores comme tous les autres enfants. Il ne semble « intéressé » que par le rythme qu'il impose à son corps frêle et sans force qui est le mouvement de balancement qui lui donne la mesure tant il ne montre aucun fatigue, ce qui explique l'énorme souffrance psychologique chez cet enfant. Même pendant la récréation son activité préférée est de se balancer dans la balançoire tout en produisant des sons et des cris. Ces balancements seront accentués et accompagner par des succions de doigt quand ce petit enfant est en colère ou anxieux. Le balancement de son corps ne disparaît que pendant le sommeil.

Durant les repas, les conduites d'opposition à manger sont absentes chez ce petit garçon, il ne manifeste aucun trouble alimentaire, sauf que dans des cas rares il ingère certaines substances non nutritives comme la poile des peluches, le tissu...etc. Il réclame les repas avec les conduites d'appel, de cris et de pleur et il mange sans pour autant faire la différence des goûts.

Sur le plan affectif, Laid manifeste rarement des conduites d'accrochage quand il soit pris dans les bras par un adulte qu'il soit étranger ou familier, comme on a remarqué chez lui un manque des attitudes anticipatrices, par exemple il ne tend pas ses bras pour l'adulte qui prévient de le prendre, mais en revanche, il aime beaucoup les caresses. Ce qui l'amène à

nous donner de lui une image d'un enfant qui évite de tisser un lien affectif avec autrui car il sera un investissement pour rien, ce qui nous amène à notre tour repérer l'effet de la carence affective chez ce petit.

Nos observations de ce jeune enfant aux moments de ses siestes nous avaient montré qu'il a des difficultés d'endormissement, le mouvement de balancement est fréquemment présent chez lui avant chaque sieste et parfois il manifeste des sautes de l'humeur.

Concernant nos observations faites sur la qualité de l'environnement dans lequel l'enfant grandit afin de repérer les défaillances qui mettent l'accent et le doigt sur la carence affective dans le Foyer pour Enfant Assisté, nous avons permis de constater que ce petit enfant est soumis à une discontinuité des soins en particulier psychologiques et il faut noter que le seul « horizon » affectif de cet enfant demeure ces personnes à la fois présentes et absentes qui constituent son monde, cette dualité absence/présence ne comble en aucune manière sa carence affective d'autant que même la présence n'est que de façade.

Sur la base des données recueillies à travers l'observation nous allons conclure par confirmer que Laid souffre d'une carence affective apparente dans ses conduites et ses comportements. Une carence que ce petit vit sur un double plan : c'est un enfant carencé et sa carence n'est pas prête à se disparaître vu la qualité de l'environnement et le fonctionnement de Foyer pour Enfants Assistés.

1.4.2 Résumé de l'entretien

La nourrice principale qui se charge de la toilette et de repas de Laid est celle qui s'occupe de Raouf, de Warda et de Farida.

Lorsque nous avons demandé des renseignements à propos de l'histoire personnelle de cet enfant et sur les causes et les circonstances de son abandon, elle ne nous a pas suffisamment informés pour des raisons qu'on a déjà citées. En tout cas, tout ce qu'on a pu savoir sur Laid, c'est qu'il a été abandonné par sa mère et placé au Foyer pour Enfants Assistés de Sétif sous une décision judiciaire, dans le cadre de l'abandon temporaire.

Concernant les antécédents médicaux de Laid, nous avons pu avoir quelques informations à l'aide de son carnet de santé. Il ne s'agit pas d'un enfant prématuré car la grossesse avait été à terme et le mode d'accouchement était normal. A la naissance l'état de santé de Laid est bon

et il n'a pas présenté aucune malformation faciale ou des membres, son poids est de 4kg et son score d'apgar était de 9/10. Actuellement il pèse 8,600g.

La description de Laid faite par la nourrice est qu'en général, c'est un bébé calme, facile, n'est pas exigeant et il s'est adapté facilement même dès les premiers mois de son arrivé au foyer, elle n'a rien remarqué d'anormal chez lui, sauf que parfois il refuse de soumettre à ses ordres et il ne prête pas attention à ce qu'elle lui dit et il continué à faire ce qu'elle l'avait interdit de faire, elle dit : « *il a une forte tête* ». Dans le coté de l'alimentation et de sommeil, Laid ne manifeste aucun trouble, il mange et il dort bien.

Quant aux acquisitions psychomotrices et langagières de cet enfant, la nourrice n'arrive pas à nous donner l'âge exact qui convient à chaque acquisition mais à travers l'observation de l'enfant, nous avons pu constater que certaines réalisations motrices et langagières sont acquises tardivement, et d'autres qui ne sont pas encore acquises notamment, se tenir debout seul, monter un escaliers à quatre pattes, se déplacer seul le long des obstacles par appuis successifs, sachant que à l'âge de 14 mois ces propriétés devraient être présentes.

Le langage aussi pose un problème chez cet enfant, notamment sur le plan expressif, il n'arrive même pas à prononcer un seul mot, une absence totale de langage gestuel. Sur le plan compréhensif, il comprend plus en moins les expressions fréquemment entendues exemple « tiens attrape... donne- moi.. » et il tourne la tête quand on l'appelle par son nom.

1.4.3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Brunet-Lézine

Nous allons présenter dans le tableau suivant les scores obtenus de l'échelle de développement psychomoteur concernant les quatre acquisitions (posture (**P**), coordination (**C**), langage (**L**) et sociabilité(**S**)), présenter également les scores en points, les âges de développement (**AD**) en mois, et les âges de développement en jours, les quotients de développement (**QD**) et enfin le score global de développement de « Laid ».

Tableau N° 8 : les scores du 4^{em} cas «Laid ».

	P	C	L	S	Global
Nombre de points	32	35	16	17	100
A D en mois	10 ; 20	10	10	09	11
A D en jours	420	300	300	270	330
Q D	96	68	68	62	75

- *L'examen de « Laid » à 14 mois*

L'examen a eu lieu au foyer, dans une salle de psychomotricité calme et très adaptée, en présence d'une éducatrice. Laid accepte facilement la situation de l'examen.

Laid, est né le 05-06-2014, et a été examiné le 06-05-2015. Son âge chronologique est donc de 14mois et 18 jours soit 438 jours.

Le quotient de développement global se situe dans la moyenne (75) avec des quotients de développement compris entre 62 et 96. C'est dans le domaine de la posture que le développement est plus avancé et en sociabilité qu'il est plus faible.

L'âge de développement global obtenu est de 11 mois, l'âge le plus élevé obtenu aux épreuves de la posture (10 mois et 20 jours), le plus faible s'affiche aux items de sociabilité (9 mois).

- Au niveau **postural**, Laid échoue massivement aux items de 14 mois. Aux items de 12 mois, il réussit deux items, il passe de la station debout à la station assise sans se laisser tomber (P28), il marche avec aide quand on lui tient la main (P29) et il a échoué au troisième item dont il n'arrive pas à se tenir debout seul et sans appui pour quelques secondes (P30), quant à ceux de 9 et de 8 mois, il a tous réussit. Son quotient de développement dans cette partie est de 96.

- Du point de vue de la **coordination oculo-manuelle**, pour les items de 12mois il a pu réaliser deux épreuves sur quatre, il lâche un cube dans la tasse (C34) et il remet sans difficulté le rond dans son trou sur la planchette (C35) , cependant il a échoué un seul item de

10 mois où il ne fait aucun effort pour chercher le battant de la clochette (C32) même cas pour l'item (C27) de 9mois, Laid n'essaie pas de retrouver le jouet sous la serviette . Sinon, il réalise aisément toutes les épreuves de la coordination incluses dans les items de 8 mois

- **En langage**, il manifeste un retard important qui s'explique par les échecs aux items de 14, 12,10 et 9 mois, cependant, au niveau de huitième mois, il réagit bien a certains mots familiers (L12), réagit lorsqu'il entend son prénom. Il vocalise plusieurs syllabes bien définies (L11), Il utilise des émissions vocales et souvent des cries pour attirer l'attention (L10)

De plus nos observations menées avec Laid font apparaitre qu'effectivement son registre verbal est très pauvre, il ne dispose d'aucun mot ni d'onomatopée. De point de vue de la compréhension, notre cas saisit la signification d'un nombre très limité d'énoncés.

- **En sociabilité**, la sociabilité est la dimension de développement psychomoteur où cet enfant avait eu un quotient de développement faible qui est de 62 qui correspond a l'âge de 9mois. Comme c'était le cas pour les épreuves de langage, Laid échoue aussi complètement aux items de 14, de12 et de 10 mois, par exemple il n'arrive pas à regarder ce que l'adulte regarde sans que celui-ci montre du doigt (S16), recommencer à faire les mimiques qui ont fait rire (S17) ou bien a participer activement à l'habillage (S18). Sauf qu'il a réussi un item de 9 mois, il a pu avoir deux réussites sur trois qui consiste à prendre des morceaux avec les doigts dans son assiette et boit seul son biberon en le tenant (S15), tandis que l'autre item était l'échec pour Laid parce que il ne comprend pas une défense (S14) et il a réussi celui de 8 mois du fait qu'il réagit quand on met un objet hors de sa portée(S13).

Ce retard important en sociabilité est engendré probablement par le fait que cet enfant vit dans un environnement où les conditions sociales et psychologiques qui favorisent chez l'enfant cette aptitude sociale sont absentes.

1-5 Présentation du Cas n° 5 : « Adam »

Adam, un petit garçon âgé de 24 mois, placé au foyer pour enfants assistés sous la décision de la direction de l'action sociale de Sétif le jour de la naissance. Adam est un enfant en bon état de santé. Il est calme mais peureux.

1-5-1 Présentation et analyse des données de l'observation

Nous avons remarqué pendant les séances d'observation qui se sont déroulées dans des situations quotidiennes différentes, que « Adam » présente certains troubles et comportements qui sont à l'origine d'une carence affective. Ce jeune enfant marqué souvent par un visage triste, sourit rarement, il réagit rarement à l'expression faciale d'autrui et évite et refuse le contact humain surtout avec un étranger. Adam est plus attaché à sa nourrice, sinon il est indifférent pour les autres éducatrices, les activités ludiques sont parfois répétitives, une indifférence totale aux objets et aux jouets qu'on lui donne. On sentait toujours chez lui une tristesse profonde avec un regard absent voir fuyant et une absence de vocalisation, une lourdeur dans les mouvements, une pauvreté motrice et il semble fragile physiquement, il manipule souvent les objets qui sont à sa portée mais sans qu'il éprouve un plaisir, c'est un enfant qui donne l'impression qu'il vit dans un autre monde, ses intérêts sont restreints, on n'arrive pas à déterminer ses centres d'intérêts. Pendant la récréation, il ne s'agite pas trop mais il imite beaucoup les autres enfants, chose qu'on remarque à chaque séance c'est qu'il devient de plus en plus agressif surtout avec ses camarades, il a tendance parfois à rester seul en choisissant un coin de la salle en tenant souvent un jouet ou un objets particulier entre ses mains.

Durant les repas, il manifeste rarement des conduites d'opposition à manger, il ne présente aucun trouble alimentaire grave, sauf que parfois il ingère certaines substances non nutritives telle qu'une poupée en coton, il mange sans pour autant faire la différence des goûts, il ne prend jamais l'initiative de manger ou de boire seul, autrement il est totalement dépendant de sa nourrice. Il réclame les repas avec des conduites d'accrochage et de pleur.

Les manifestations de colère et d'anxiété chez lui s'expriment par les pleurs et les plaintes corporelles, mais sans communication verbale, une fois où personne ne répond à ses besoins, il reste en retrait. Il ne s'accroche pas trop aux éducatrices, il manifeste rarement des comportements d'attachement avec autrui, aime beaucoup les câlins et les caresses avec les nourrices, mais pas avec un étranger.

On remarque qu'il manque en lui des attitudes anticipatrices par exemple il n'arrive pas à tendre ses bras pour un adulte qui prévient de le prendre, il ne participe pas lorsque quelqu'un joue avec lui.

Nous avons en plus observé ce jeune enfant aux moments des siestes, on remarque parfois une difficulté d'endormissement, il manifeste souvent des comportements atypiques avant de s'endormir tel que prendre les jouets ou des objets dans la bouche, et parfois des changements de l'humeur.

La qualité de l'environnement dans lequel cet enfant grandit est le facteur responsable favorisant la carence affective. Par conséquent, nous avons constaté souvent que ce jeune enfant est victime d'une discontinuité des soins affectifs et psychologiques, ainsi qu'une insuffisance dans les interactions enfant / professionnel ce qui conditionne l'enfant de grandir dans un monde fermé et frustrant, on remarque terriblement des moments de solitude voir de négligence de l'enfant notamment lorsque l'éducatrice est préoccupée par d'autres tâches.

À présent nous pouvons conclure à la base des données de l'observation qu'Adam souffre d'une carence affective visiblement observé dans ses comportements et ses conduites. De plus la qualité de l'environnement et le fonctionnement du foyer pour enfants assistés qui a fait de cet enfant, un enfant carencé affectivement.

1-5-2Résumé de l'entretien

La nourrice principale qui s'occupe de « Adam », a un niveau d'étude primaire, elle a une expérience professionnelle de huit ans au sein de foyer pour enfants assistés de Sétif en qualité d'éducatrice pour enfants. Elle n'a jamais bénéficié d'une formation en puériculture ni d'une formation équivalente. En revanche selon elle, cela ne demande pas des études puisqu'elle est aussi mère d'une famille.

Elle nous prévient qu'elle rencontre des difficultés dans ce travail entre autre, le fait qu'elle s'occupe d'un nombre important d'enfants âgé entre 2 à 4 ans, elle disait qu'ils « *sont très difficiles... surtout la salle que j'occupe, ils sont un peu grand donc leur besoins s'accumulent de plus en plus...* ».

Lorsque nous avons demandé des renseignements à propos de l'histoire personnelle de ce petit, et sur les causes et les circonstances de son abandon, elle ne nous a pas suffisamment

informés pour des raisons qu'on a déjà citées. En tout cas, tout ce qu'on a pu savoir sur Adam, c'est qu'il a été abandonné par sa mère juste après la naissance et placé par la Direction de l'Action Sociale (DAS), dans le cadre de l'abandon temporaire. Nous savons également que cet enfant est né d'une relation illégitime et que ses parents envisagent de venir le prendre.

À l'aide de son carnet de santé, nous avons pu savoir quelques antécédents médicaux d'Adam, à la naissance son état de santé est moyen, il n'a jamais été hospitalisé auparavant, mais il a subi des examens neurologiques et médicaux qui n'ont rien signalé, la nourrice a remarqué que cet enfant est fragile, hypotonique dès sa naissance. À présent il ne présente aucun problème de santé. Le mode d'accouchement était normal et la grossesse a été à terme (neuf mois), son poids à la naissance est de 3.100 g. actuellement il pèse 10 kg.

La nourrice décrit Adam et nous rapporte qu'aux premiers mois de son arrivé au centre, c'était un bébé très calme, facile et il s'adapte facilement, sauf qu'il semble un peu malade, et qu'il ne rentre pas en contact avec tout le monde. Actuellement aussi elle le décrit ainsi « *c'est un enfant qui reste toujours immobile, il ne bouge pas trop, il n'est pas exigeant surtout avec moi...* ».

Même l'alimentation, il ne mange pas trop, il refuse par fois de manger certains aliments. Adam fait des siestes quotidiennement, il ne présente aucun trouble de sommeil.

Quant aux acquisitions psychomotrices et langagières de cet enfant, elles marquent un retard important, ce n'est qu'au vingtième mois qu'il commence à marcher seul. D'autres réalisations motrices aussi sont acquises tardivement à savoir la position assise, la station debout, et d'autre qui ne sont pas encore acquises par exemple il n'arrive pas à courir avec des mouvements coordonnés, ou monter l'escalier avec aide en alternant les pieds, sachant qu'à l'âge de 24 mois ces propriétés devraient être présentes.

Le langage aussi pose un problème majeur chez cet enfant, notamment sur le plan expressif, il n'arrive même pas à prononcer un seul mot correcte sauf deux onomatopées, une pauvreté remarquable de la vocalisation des syllabes. Sur le plan compréhensif, il comprend en moyenne les mots et les expressions simples. L'éducatrice a remarqué aussi un manque dans l'expression faciale, un visage peu expressif et une lenteur dans les gestes et les mouvements de la tête, des membres et de la marche.

1-5-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Brunet-Lézine

Nous allons présenter dans le tableau suivant les scores obtenus de l'échelle de développement psychomoteur concernant les quatre acquisitions (posture (**P**), coordination (**C**), langage (**L**) et sociabilité(**S**)), présenter également les scores en points, les âges de développement (**AD**) en mois, et les âges de développement en jours, les quotients de développement (**QD**) et enfin le score global de développement de « Adam ».

Tableau N°9 : les scores du 5^{em} cas « Adam »

	P	C	L	S	Global
Nombre de points	49	56	20	23	148
A D en mois	18 ; 15	14 ; 22	12	14	14 ; 24
A D en jours	555	442	360	420	444
Q D	77	61	50	58	62

- *L'examen de « Adam » à 24 mois*

L'examen a eu lieu au foyer, dans une salle de psychomotricité très adaptée et calme, en présence de sa nourrice. Adam se montre au premier temps méfiant et très réservé face à nous, son visage est peu expressif, il accepte mal la situation d'examen et c'est un enfant qui a du mal à fixer son attention sur une tâche. Mais après l'effort de sa nourrice, nous avons pu travailler avec lui.

Adam, est né le 28-04-2013, et a été examiné le 07-05-2015. Son âge chronologique est donc de 24 mois soit 720 jours.

Le quotient de développement global est de (80) avec des quotients de développement compris entre 50 et 77. C'est dans le domaine de la posture que le développement est le plus avancé et en langage qu'il est le plus faible.

L'âge de développement global obtenu est de 14 mois et 24 jours, l'âge le plus élevé obtenu aux items de la posture (18 mois et 15 jours), le plus faible s'affiche aux épreuves du langage (12 mois). Adam souffre donc d'un retard profond par rapport à la moyenne qui est de 100.

- Au niveau **postural**, il échoue massivement aux items de 24 mois. Aux items de 20 mois il réussit uniquement un seul item, il donne un coup de pied dans le ballon après démonstration (P35), cependant il ne court pas avec des mouvements coordonnés (P36), il réussit toutes les épreuves de la posture aux items de 17 et 14 mois. Même si le score de cette partie est le plus élevé cependant il présente quand-même un retard au niveau postural.

Il faut noter qu'Adam est un enfant un peu mou, et manque d'énergie et de concentration la raison pour laquelle il affiche un retard important aux épreuves posturales.

- Du point de vue de la **coordination oculo-manuelle**, il échoue à tous les items de 24 et 20 mois, il n'arrive ni à aligner les cubes pour imiter un train (C49), ni à faire une tour de cinq cubes (C46), il réussit uniquement à construire une tour de 2 cubes seulement, il rate même l'item de 17 mois où il devrait faire une tour de trois cubes (C42). Il réalise uniquement un seul item de 17 mois, où il réussit à tourner les pages du livre (C43), sinon il réalise facilement toutes les épreuves de 14 mois. Même chose aussi pour toutes les épreuves de la coordination incluses dans les items de 12 mois. Son quotient de développement dans cette partie est de 61 qui renvoie à un retard profond de la motricité notamment fine, et une déficience dans la manipulation des objets et des mouvements des mains.

- **En langage**, il affiche un score très faible qui s'explique par les échecs blâmables aux items de 24, 20, 17 et 14 mois, ses capacités langagières sont limitées au niveau de douzième mois, aucune onomatopée significative qui fait office de mots (L17) à part des vocalisations dont personne ne comprend la signification. Il n'arrive à identifier aucun objet (L18), on remarque chez lui une pauvreté du vocabulaire, absence totale des cinq mots (L19), il ne parvient pas aussi ni à nommer ni à montrer les images qu'on lui montre sur la planche (L21).

De plus les observations, menées avec Adam font apparaître qu'effectivement son registre verbal est très pauvre, il ne dispose d'aucune phrase simple et aucun mot. Du point de vue de la compréhension, notre cas saisit normalement la signification des phrases simples et des

énoncés fréquemment entendus. Le quotient de 50 est inférieur à la moyenne de 100 qui permet de supposer un retard profond et considérable dans les capacités langagières.

- **En sociabilité**, les points obtenus correspondent à un âge de développement équivalant à 14mois. Ce qui fait un retard de 10 mois en sociabilité.

Pour déterminer le score d'Adam aux épreuves de la sociabilité, on a fait appel aux données des observations antérieures ainsi qu'aux informations complémentaires rapportées par sa nourrice. Concernant les items relatifs à l'acquisition de l'autonomie, il ne parvient pas à boire ni à manger seul (S20), tandis qu'il participe normalement à l'habillage (S18) et il est capable de montrer du doigt ce qui l'intéresse. Néanmoins, il échoue complètement aux items de 24,20 et 17 mois, par exemple il n'arrive pas à jouer en faisant semblant (S23), il n'arrive pas à laver ses mains et essayer de les essuyer (S24).

Ce retard remarquable en sociabilité est engendré probablement par le fait que cet enfant vit dans un environnement dépourvu des conditions sociales et psychologiques favorisant chez l'enfant cette aptitude aux interactions sociales.

1-6 Présentation du Cas n° 6 : « Siham »

Siham, une petite fille âgée de 25 mois, placée au foyer pour enfants assistés sous la décision de la direction de l'action sociale de Sétif le sixième jour de la naissance. Siham est une fille en bon état de santé.

1-6-1 Présentation et analyse des données de l'observation

Nous avons remarqué pendant les séances d'observation qui se sont déroulées dans des situations quotidiennes différentes, que « Siham » présente certains troubles et comportements qui sont à l'origine d'une carence affective. C'est une fille qui a un visage triste malgré qu'elle sourit fréquemment, elle réagit normalement à l'expression faciale d'autrui, elle évite et refuse les premiers temps le contact avec un étranger, puis elle s'approche de plus en plus de lui et manifeste avec ce dernier des conduites d'accrochage. On remarque chez elle une indifférence pour les personnes qui s'occupe d'elle, les activités ludiques sont rarement répétitives, c'est une enfant qui se met trop en danger, elle aime trop grimper sur le bord de son lit et elle s'agite souvent et trop autour des objets, elle ne tient jamais en place, elle court à chaque fois qu'elle sorte de la chambre. On sentait parfois chez elle une tristesse avec un regard fuyant, elle est très active dans l'exécution des tâches et des mouvements, elle manipule souvent les objets qui sont à sa portée, c'est une fille très exigeante et qui proteste souvent, ses intérêts sont restreints. Pendant la récréation, elle s'agite trop, elle est agressive à l'égard des autres enfants et aussi ainsi que sur les objets, elle joue souvent à jeter et à casser ses jouets.

Durant les repas, elle manifeste dés-fois des conduites d'opposition à manger, on observe qu'elle est très gourmande lors des repas, sinon elle ne présente aucun trouble alimentaire grave, elle ne prend jamais l'initiative de manger ou de boire seule, autrement elle est totalement dépendante de sa nourrice. Elle réclame les repas avec des conduites d'accrochage et de pleur.

Les manifestations de colère et d'anxiété chez elles s'expriment par les pleurs et les plaintes corporelles, mais sans communication verbale, une fois où personne ne répond pas à ses besoins, elle se montre agressive. Elle ne s'accroche pas trop aux éducatrices, elle manifeste rarement des comportements d'attachement avec autrui, aime beaucoup les câlins et les caresses avec les nourrices, mais pas avec un étranger.

On remarque qu'elle dispose plus en moins d'attitudes anticipatrices par exemple elle arrive à tendre ses bras pour un adulte qui prévient de la prendre, elle participe des fois lorsque quelqu'un joue avec elle.

Nous avons en plus observé cette petite aux moments des siestes, on a remarqué qu'elle ne fait pas la sieste quotidiennement, sinon le soir elle présente rarement une difficulté d'endormissement et manifeste parfois des changements de l'humeur.

La qualité de l'environnement dans lequel cet enfant grandit pourrait être le facteur responsable favorisant la carence affective. Par conséquent, nous avons constaté souvent que cette petite fille est victime d'une discontinuité des soins affectifs et psychologiques, ainsi qu'une insuffisance dans les interactions enfant / professionnel ce qui oblige l'enfant de grandir dans un monde fermé et frustrant, on remarque aussi des moments de solitude voir de négligence de l'enfant notamment lorsque l'éducatrice est préoccupée par d'autres tâches.

À présent nous pouvons conclure à la base des données de l'observation que Siham souffre d'une carence affective visiblement observé dans ses comportements et ses conduites. De plus la qualité de l'environnement et le fonctionnement du foyer pour enfants assistés qui a fait de cet enfant, une petite fille carencée affectivement.

1-6-2Résumé de l'entretien

La nourrice principale qui s'occupe de « Siham », qui est la même qui s'occupe de Adam. Elle a un niveau d'étude primaire, elle a une expérience professionnelle de huit ans au sein du foyer pour enfants assistés de Sétif en qualité d'éducatrice pour enfants. Elle n'a jamais bénéficié d'une formation en puériculture ni d'une formation équivalente. En revanche selon elle cela ne demande pas des études puisqu'elle est aussi mère d'une famille.

Elle nous prévient qu'elle rencontre des difficultés dans ce travail entre autre, le fait qu'elle s'occupe d'un nombre important d'enfants.

Lorsque nous avons demandé des renseignements à propos de l'histoire personnelle de cette petite, et sur les causes et les circonstances de son abandon, elle ne nous a pas suffisamment informés pour des raisons qu'on a déjà citées. En tout cas, tout ce qu'on a pu savoir sur Siham, c'est qu'elle a été abandonnée par sa mère six jours après sa naissance et placée par

décision de la Direction de l'Action Sociale (DAS), dans le cadre de l'abandon temporaire. Nous savons également que cet enfant est né d'une relation hors mariage.

À l'aide de son carnet de santé, nous avons pu savoir quelques éléments sur les antécédents médicaux de Siham, à la naissance son état de santé est moyen, elle n'a jamais été hospitalisée auparavant, et rien de grave concernant son état de santé, la psychologue du service nous a signalé que cette fille est très agitée voir hyperactive. À présent elle ne présente aucun problème de santé. Le mode d'accouchement était normal et la grossesse a été à terme (neuf mois), son score d'apgar est de 9/10, son poids à la naissance est de 2.800 g. actuellement elle pèse 10 kg.

La nourrice décrit Siham les premiers mois de son arrivée au centre comme un bébé qui n'est pas toujours calme mais elle s'est adaptée facilement, et qu'elle ne rentre pas en contact avec tout le monde notamment avec des visages étrangers. Actuellement aussi elle la décrit ainsi : *« c'est une petite fille qui reste jamais en place, elle bouge trop, elle est très exigeante, elle tolère jamais de rester dans son berceau ... »*.

Concernant l'alimentation elle mange trop, sans refuser aucun aliment. Siham ne fait pas toujours les siestes, cependant elle ne présente aucun trouble de sommeil.

Quant aux acquisitions psychomotrices et langagières de cet enfant, elles sont marquées par un retard important, ce n'est qu'au dix-neuvième mois qu'elle commence à marcher seule. D'autres réalisations motrices aussi sont acquises tardivement à savoir la position assise, la station debout acquise à l'âge de 14 mois, d'autres qui sont pas encore acquises par exemple elle n'arrive pas à monter l'escalier avec aide en alternant les pieds, sachant que à l'âge de 25 mois ces propriétés devraient être présentes.

Le langage aussi pose un problème chez cette petite fille, notamment sur le plan expressif, son vocabulaire est très pauvre, elle arrive uniquement à prononcer deux mots sinon elle utilise des onomatopées, elle vocalise normalement les syllabes. Sur le plan compréhensif, elle comprend bien les mots et les expressions simples, elle comprend aussi certains ordres. L'éducatrice a remarqué un manque dans l'expression non verbale, un visage peu expressif et elle utilise rarement des gestes pour communiquer.

1-6-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Brunet-Lézine

Nous allons présenter dans le tableau suivant les scores obtenus de l'échelle de développement psychomoteur concernant les quatre acquisitions (posture (**P**), coordination (**C**), langage (**L**) et sociabilité(**S**)), présenter également les scores en points, les âges de développement (**AD**) en mois, et les âges de développement en jours, les quotients de développement (**QD**) et enfin le score global de développement de « Siham ».

Tableau N°10 : les scores du 6^{em} cas « Siham »

	P	C	L	S	Global
Nombre de points	56	65	24	26	171
A D en mois	22	17	14	15 ; 15	17 ; 03
A D en jours	660	510	420	525	513
Q D	88	68	56	70	68

- *L'examen de « Siham » à 25 mois*

L'examen a eu lieu au foyer, dans une salle de psychomotricité très adaptée et calme, en présence de sa nourrice. Siham se montre très heureuse et souriante, elle accepte facilement les conditions et la situation de l'examen, cependant elle a du mal à fixer son attention sur une tâche, au début elle s'agite dans la salle autour de la table, ensuite aidés par sa nourrice nous avons pu travailler avec elle.

Siham, est née le 03-04-2013, et a été examinée le 07-05-2015. Son âge chronologique est donc de 25 mois soit 750 jours.

Le quotient de développement global est de (68) avec des quotients de développement compris entre 56 et 88. C'est dans le domaine de la posture que le développement est le plus avancé et en langage qu'il est le plus faible.

L'âge de développement global obtenu est de 17 mois et 03 jours, l'âge le plus élevé obtenu aux items de la posture (22 mois), le plus faible s'affiche aux épreuves du langage (14 mois). Siham souffre donc d'un retard profond par rapport à la moyenne qui est de 100.

- Au niveau **postural**, elle échoue massivement aux items de 30 mois. Aux items de 24 mois elle réussit uniquement un seul item où elle se tient sur un pied avec aide (P28), cependant elle échoue dans le deuxième item de 24 mois où elle n'arrive pas à donner un coup de pied dans le ballon sur ordre (P37), on peut justifier cet échec du fait qu'elle a un problème dans la compréhension de certaines consignes en raison de son retard au niveau du langage. Mais elle arrive quand même à faire le geste après démonstration (P35), à part ça elle réussit toutes les épreuves de la posture aux items de 14, 17, et 20 mois. Siham présente un retard léger au niveau de la posture.

Il faut noter que Siham est un enfant qui manque de concentration et hyperactive raison pour laquelle elle affiche certains échecs au niveau postural.

- Du point de vue de la **coordination oculo-manuelle**, elle échoue à tous les items de 30 et 24 mois, elle n'arrive ni à aligner les cubes pour imiter un train (C49), ni à s'adapter au retournement de la planchette pour le rond et aussi pour les trois morceaux (C51), ni à faire une tour de cinq cubes (C46), elle réussit uniquement à construire une tour de 2 cubes seulement ce qui fait, elle rate même l'item de 17 mois où elle devrait faire une tour de trois cubes (C42). Elle réalise uniquement deux items de 17 mois, où elle réussit à tourner les pages du livre (C43) et à retirer la pastille du flacon. Aux items de 20 mois elle réussit 2 sur 3 items, elle place les trois morceaux sur la planchette (C48) et elle utilise sa main pour maintenir le papier quand on lui demande de gribouiller (C47). Sinon elle réalise facilement toutes les épreuves de 14 mois. Même chose aussi pour toutes les épreuves de la coordination incluses dans les items de 12 mois. Son quotient de développement dans cette partie est de 68 avec un âge de développement de 17 mois qui renvoient à un retard profond de la motricité notamment fine, et une déficience dans la manipulation des objets et surtout un manque de concentration oculaire.

- **En langage**, elle affiche un score très faible qui s'explique par les échecs importants aux items de 24, 20 et 17 mois, ses capacités langagières sont limitées au niveau de quatorzième mois. Elle ne parvient pas ni à nommer quatre objets ni à les identifier (L25), on remarque

chez elle une pauvreté vocabulaire, absence totale des cinq mots (L19), absence d'une phrase de deux ou de trois mots (L26), elle n'utilise jamais son prénom quand elle parle d'elle-même (L27), elle ne parvient pas aussi ni à nommer ni à montrer les images qu'on lui montre sur la planche (L21). Mais Elle arrive tout de même à identifier deux objets sur cinq objets présentés (L18) et utilise souvent des onomatopées qui font office de mots (L17).

De plus les observations menées avec Siham font apparaître qu'effectivement son registre verbal est très pauvre, elle ne dispose d'aucune phrase simple. Du point de vue de la compréhension, notre cas saisit normalement la signification des phrases simples et des énoncés fréquemment entendus. Le quotient de 56 est inférieur à la moyenne de 100 qui permet de supposer un retard profond et considérable dans les capacités langagières.

En sociabilité, les points obtenus correspondent à un quotient de développement de 70 et à un âge de développement équivalant à 15mois et 15 jours. Ce qui fait un retard de 9 mois en sociabilité.

Pour déterminer le score de Siham aux épreuves de la sociabilité, on a fait appel aux données des observations antérieures ainsi qu'aux informations complémentaires rapportées par sa nourrice. Concernant les items relatifs à l'acquisition de l'autonomie, elle parvient à boire et à manger seul (S20) et elle participe normalement à l'habillage (S18) et elle est capable de montrer du doigt ce qui l'intéresse (S19). Néanmoins elle échoue complètement aux items de 30,24 et 20 mois, par exemple elle n'arrive pas à jouer en faisant semblant (S23) ou à exécuter des instructions de l'item (S22), elle n'arrive pas à laver ses mains et à les essuyer (S24).

Ce retard remarquable en sociabilité est engendré probablement par le fait que cet enfant vit dans un environnement dépourvu des conditions sociales et psychologiques favorisant chez l'enfant cette aptitude aux interactions sociales.

1-7 Présentation du Cas n° 7 : « Saber »

Saber, un petit garçon âgé de 29 mois, placé au foyer pour enfants assistés sous une décision judiciaire après sa naissance de trois jours. Saber est un enfant en bon état de santé.

1-7-1 Présentation et analyse des données de l'observation

Nous avons remarqué pendant les séances d'observation qui se sont déroulées dans des situations quotidiennes différentes, que « Saber » présente certains troubles et comportements qui sont à l'origine d'une carence affective. Ce jeune enfant marqué souvent par un visage triste, mais il répond des fois à l'expression faciale de l'autre, il sourit parfois avec une personne étrangère, il évite et refuse les premiers temps le contact avec un étranger il ne supporte pas notamment le contact corporel avec une personne inconnue, ensuite il s'approche de plus en plus de lui et manifeste avec ce dernier des conduites d'accrochage. On remarque aussi une indifférence pour les personnes qui s'occupent de lui, les activités ludiques sont parfois répétitives, il se bloque sur un seul mode de jeu, c'est un enfant qui se met trop en danger, il aime trop grimper, courir et sauter sur les objets, il s'agite des fois en imitant ses camarades, il passe des moments à s'accrocher à quelqu'un, on remarque chez lui souvent des comportements agressifs, il a tendance même à rentrer en contact avec une personne en le frappant avec ses mains ou avec des jouets, il joue souvent aussi à jeter et à détruire les objets.

On sentait parfois chez lui une tristesse avec un regard vide, il est un peu lent dans l'exécution des tâches, il manipule souvent les objets qui sont à sa portée. C'est un enfant exigeant et qui proteste souvent avec des cris et des pleurs.

Durant les repas, il manifeste des-fois des conduites d'opposition à manger, on observe qu'il est très gourmand et n'est pas exigeant lors des repas. Saber ne présente aucun trouble alimentaire grave, juste qu'il ne prend jamais l'initiative de manger ou de boire seul, autrement il est totalement dépendant de sa nourrice. Il réclame souvent les repas, et il ne patiente pas lors de service.

Les manifestations de colère et d'anxiété chez lui s'expriment par les pleurs et les plaintes corporelles, il développe des fois des stratégies pour attirer l'attention d'autrui au moment où il veut quelque chose exemple il se met en plain ventre en pleurant faisant semblant qu'il s'est fait mal mais sans communication verbale, une fois où personne ne répond à ses besoins, il se

montre agressif et têtue, il manifeste rarement des comportements d'attachement avec tout le monde.

On remarque qu'il dispose plus en moins d'attitudes anticipatrices par exemple il arrive à tendre ses bras pour un adulte qui prévient de le prendre, il participe des fois lorsque quelqu'un joue avec lui.

Nous avons en plus observé cet enfant aux moments des siestes, on remarque qu'il dort quotidiennement, même chose le soir et il présente rarement une difficulté d'endormissement, mais il manifeste parfois des changements de l'humeur.

La qualité de l'environnement dans lequel cet enfant grandit pourrait être le facteur responsable favorisant la carence affective. Par conséquent, nous avons constaté souvent que ce jeune enfant est victime d'une discontinuité des soins affectif et psychologique, ainsi qu'une insuffisance dans les interactions enfant / professionnel, ce qui conditionne l'enfant de grandir dans un monde fermé et frustrant, on remarque des moments de solitude voir de négligence de l'enfant notamment lorsque l'éducatrice est préoccupée par d'autres tâches.

À présent nous pouvons conclure sur la base des données de l'observation que Saber souffre d'une carence affective visiblement observée dans ses comportements et ses conduites. De plus la qualité de l'environnement et le fonctionnement du foyer pour enfants assistés qu'a fait de ce petit, un enfant carencé affectivement.

1-7-2 Résumé de l'entretien

La nourrice principale qui s'occupe de « Saber », est la même qui s'occupe de Adam et de Siham.

Lorsque nous avons demandé des renseignements à propos de l'histoire personnelle de cet enfant, et sur les causes et les circonstances de son abandon, elle ne nous a pas suffisamment informés. En tout cas, tout ce qu'on a pu savoir sur Saber, c'est qu'il a été abandonné par sa mère après trois jours de sa naissance et placé par une décision judiciaire, dans le cadre de l'abandon temporaire. Nous savons également que cet enfant est né d'une relation hors mariage.

À l'aide de son carnet de santé, nous avons pu savoir quelques éléments sur les antécédents médicaux de Saber, à la naissance son état de santé est moyen, il a été hospitalisé auparavant pour une bronchiolite, à part ça rien de grave concernant son état de santé. À présent, il ne

présente aucun problème de santé. Le mode d'accouchement été normal et la grossesse a été à terme (neuf mois), son score d'apgar est de 8/10, son poids à la naissance est de 3.000 g. actuellement elle pèse 11 kg.

La nourrice décrit Saber les premiers mois de son arrivé au centre comme un bébé qui n'est pas toujours calme mais il s'est adapté facilement, et qu'il ne rentre pas en contact avec tout le monde notamment avec des visages étrangers. Actuellement aussi elle le décrit comme *« c'est un enfant normal !! Il joue il répond au sourire d'autrui, comprend bien ce qu'on lui dit, mais il est agressif surtout lorsque on lui prend ses jouets ou un objet qui aime ... »*.

Concernant l'alimentation, il mange très bien, sans refuser aucun aliment. Saber fait toujours les siestes, il trouve certaines difficultés à s'endormir, mais il ne présente aucun trouble de sommeil.

Quant aux acquisitions psychomotrices et langagières de cet enfant, elles sont marquées par un retard important ce n'est qu'au dix-huitième mois qu'il commence à marcher seul. D'autres réalisations motrices aussi sont acquises tardivement à savoir la position assise et la station debout, d'autre qui ne sont pas encore acquises, par exemple il n'arrive pas à monter l'escalier avec aide en alternant les pieds, sachant que à l'âge de 29 mois ces propriétés devraient être présentes.

Le langage aussi pose un problème chez cet enfant, notamment sur le plan expressif, son vocabulaire est très pauvre, il arrive uniquement à prononcer deux mots sinon il utilise des onomatopées, il vocalise normalement les syllabes. Sur le plan compréhensif, il comprend bien les mots et les expressions simples, il comprend aussi certaines consignes. L'éducatrice a remarqué un manque dans l'expression non verbale, un visage peu expressif et il utilise rarement des gestes pour communiquer.

1-7-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle de Brunet-Lézine

Nous allons présenter dans le tableau suivant les scores obtenus de l'échelle de développement psychomoteur concernant les quatre acquisitions (posture (**P**), coordination (**C**), langage (**L**) et sociabilité(**S**)), présenter également les scores en points, les âges de développement (**AD**) en mois, et les âges de développement en jours, les quotients de développement (**QD**) et enfin le score global de développement de « Saber ».

Tableau N°11 : les scores du 7^{em} cas « Saber »

	P	C	L	S	Global
Nombre de points	60	74	24	26	184
A D en mois	24	20	14	15 ; 15	18 ; 12
A D en jours	720	600	420	525	552
Q D	81	68	47	59	62

-L'examen de « Saber » à 29 mois et 17 jours

L'examen a eu lieu au foyer, dans une salle de psychomotricité très adaptée et calme, en présence de sa nourrice. Au début Saber s'est montré très réservé face à nous, puis il a accepté de rester dans la salle et il s'est adapté à la situation d'examen.

Saber, est née le 19-10-2012, et a été examinée le 07-05-2015. Son âge chronologique est donc de 29 mois et 17 jours soit 887 jours.

Le quotient de développement global est de (62) avec des quotients de développement compris entre 47 et 81. C'est dans le domaine de la posture que le développement est le plus avancé et en langage qu'il est le plus faible.

L'âge de développement global obtenu est de 18 mois et 12 jours, l'âge le plus élevé obtenu aux items de la posture (24 mois), le plus faible s'affiche aux épreuves du langage (14 mois). Saber souffre donc d'un retard profond par rapport à la moyenne qui est de 100.

- Au niveau **postural**, il échoue massivement aux items de 30 mois où il ne tient pas avec un pied sans aide (P40), il ne monte pas l'escalier seul en alternant ses pieds (P39). Cependant il réussit à tout le reste des items concernant la posture. Aux items de 24 mois il réussit à donner un coup de pied dans le ballon sur ordre (P37) comme il se tient aussi sur un pied avec aide (P38), bonne réussite pour toutes les épreuves relatives à la posture.

Il faut noter que Saber est l'enfant le plus âgé parmi les cas sélectionnés, ce qui fait son avancement dans ce domaine, mais ça n'empêche pas le fait qu'il présente un retard postural moyen.

- Du point de vue de la **coordination oculo-manuelle**, il échoue à tous les items de 30.

Aux items de 24 mois il réussit un seul item où il s'adapte au retournement de la planchette pour les trois morceaux (C51), sinon il n'arrive ni à aligner les cubes pour imiter un train (C49) ni à imiter un trait sans direction observée (C50). À 20 mois il réussit deux items sur trois, Saber utilise sa main pour maintenir le papier quand on lui demande de gribouiller (C47) il parvient également à placé les trois morceaux sur la planchette (C48), il échoue lorsqu'on lui demande de faire une tour de cinq cubes (C46), il réussit uniquement à construire une tour de trois cube seulement ce qui fait qu'il réalise l'item (C42) au 17 mois, de plus il réalise facilement toutes les épreuves de 17 mois. Même chose pour toutes les épreuves de la coordination incluses dans les items de 14 mois. Son quotient de développement dans ce domaine est de 68 avec un âge de développement de 20 mois qui renvoient à un retard profond de la coordination oculo-manuelle.

- **En langage**, il affiche un score très faible qui s'explique par les échecs importants aux

items de 30, 24, 20 et 17 mois, ses capacités langagières sont limitées au niveau de quatorzième mois. Il ne parvient pas ni à nommer quatre objets ni à les identifier (L25), on remarque chez lui une pauvreté vocabulaire, absence totale des cinq mots (L19), absence d'une phrase de deux ou de trois mots (L26), il n'utilise jamais son prénom quand il parle de lui-même (L27), il ne parvient pas aussi ni à nommer ni à montrer les images qu'on lui montre sur la planche (L21). Mais il arrive à identifier trois objets sur cinq objets présentés (L18) et utilise souvent des onomatopées qui font office de mots (L17).

De plus les observations menées avec Saber font apparaître qu'effectivement son registre verbal est très pauvre, il ne dispose d'aucune phrase simple. Du point de vue de la compréhension, notre cas saisit normalement la signification des phrases simples et des énoncés fréquemment entendus. Le quotient de 47 est gravement inférieur à la moyenne de 100 qui permet de supposer un retard sévère et considérable dans les capacités langagières.

- **En sociabilité**, les points obtenus correspondent à un quotient de développement de 59 et

à un âge de développement équivalant à 15mois et 15 jours. Ce qui fait un retard de 14 mois en sociabilité.

Pour déterminer le score de Saber aux épreuves de la sociabilité, on a fait appel aux données des observations antérieures ainsi qu'aux informations complémentaires apportées par sa nourrice. Concernant les items relatifs à l'acquisition de l'autonomie, il parvient à boire et à manger seul (S20) et il participe normalement à l'habillage (S18) il est capable aussi de montrer du doigt ce qui l'intéresse (S19). Néanmoins il échoue complètement aux items de 30,24 et 20 mois, par exemple il n'arrive pas à jouer en faisant semblant (S23) ou à exécuter des instructions de l'item (S22), il n'arrive pas à laver ses mains et les essuyer (S24). Il affiche encore un échec à un item de 17 mois où il n'est pas dans la mesure de faire boire, faire manger ou coiffer l'adulte (S21) cet item qui renvoie bien sûr au jeu symbolique.

Ce retard remarquable en sociabilité est engendré probablement par le fait que cet enfant vit dans un environnement où les conditions sociales et psychologiques qui favorisent chez l'enfant cette aptitude sociale sont absentes.

2. Synthèse générale

D'après l'analyse de la grille d'observation et des résultats obtenus à partir des entretiens cliniques et de l'échelle de Brunet-Lézine auprès des sept enfants âgés entre 11 et 30 mois placés au foyer pour enfants assistés , nous avons constaté d'abord que même si ce milieu institutionnel dispose d'une kyrielle de personnel vieillissant à améliorer les conditions de vie de ces petits enfants, ils sont bien alimentés, bien changés, bien soignés mais cela ne suffit pas. Le fait que ces actions ne soient pas accompagnées d'une certaine charge affective, les enfants n'ont pas l'occasion de vivre une relation continue et durable avec une figure maternelle stable et adéquate, ce qui fait d'eux des victimes de carence et de manque en apport émotionnel, affectif et social. Effectivement, ces enfants manifestent majoritairement des signes de carence affective (agitation motrice, fuite du regard...), on perçoit notamment chez la plupart d'entre eux des comportements agressifs à l'égard d'autrui surtout envers un étranger, ces comportements peuvent être interprétés comme des défenses face à l'angoisse de l'inconnu.

Comme nous avons conclu grâce aux données des entretiens et notamment ceux de l'échelle de Brunet-Lézine que ces nourrissons présentent tous un retard de développement psychomoteur sans rapport avec une quelconque maladie physique ou un trouble neurologique apparent.

Et ce retard a été confirmé par la moyenne générale du quotient de développement global (QDG) pour l'ensemble des cas obtenue à partir des résultats de l'échelle de Brunet-Lézine.

Nous allons avancer sur le tableau suivant un récapitulatif des performances des jeunes enfants de notre échantillon au Brunet-Lézine Révisé, en mentionnant leurs âges chronologiques et l'âge de développement en mois, puis nous allons reprendre pour chaque cas son quotient de développement obtenu dans chaque domaine de développement psychomoteur et le quotient global, en indiquant à la fin les moyennes des scores dans chaque secteur (Posture, Coordination, Langage, Sociabilité) et la moyenne générale des quotients de développement.

Tableau N° 12 : Récapitulatif des résultats des sept cas

	Age C	Age D	posture	Coordination	Langage	sociabilité	global
Raouf	11 mois	08 ; 24	82	84	68	77	80
Warda	11 mois	08 ; 27	87	75	65	74	77
Farida	14 mois	07 ; 27	55	60	57	46	56
Laïd	15 mois	11	96	68	68	62	75
Adam	24 mois	14 ; 24	77	61	50	58	62
Siham	25 mois	17 ; 03	88	68	56	70	68
Saber	30 mois	18 ; 12	81	68	47	59	62
moyenne			81	69	59	64	68

Le quotient global de développement de ces enfants varie de 56 à 80, scores tout à fait congruent avec leurs situations psychologiques et sociales. En ce qui concerne les scores partiels de développement, on constate que les scores les plus élevés se situent, comme on pouvait s'y attendre, dans le domaine postural et les plus faibles dans le domaine langagier. On observe systématiquement la hiérarchie suivante entre les différents domaines de développement : postural > coordination > sociabilité > langage.

La moyenne générale du Quotient de développement global des sept (7) cas est de 68, en se référant aux normes, elle nous permet de souligner un véritable retard du développement psychomoteur global, en outre un retard profond s'affiche également au niveau de tous les domaines de développement à l'exception du domaine de la posture qui indique une moyenne de 81.

Aucun des âges de développement obtenus par ces petits enfants aux quatre sous échelles ne correspond à leurs âges réels. Les niveaux de développement atteints sont des révélateurs d'un retard.

Le profil de développement de nos sujets n'est pas totalement homogène, il existe certaines disparités qu'il convient d'analyser.

Il est important de noter que l'intensité de la carence affective et les réactions au placement et à l'abandon se manifestent différemment pour chaque enfant. Ceci dit, on doit souligner les variations individuelles dans la vitesse de développement, de plus de l'environnement dans lequel vit l'enfant qui peut participer dans la modulation du déroulement de son développement, comme le soulignait **Wallon** (1941) « *l'évolution mentale de l'enfant n'est pas étroitement liée à la maturation psychophysiologique de ses fonctions mais elle dépend aussi du milieu où il peut rencontrer des conditions variables d'épanouissement* ».

Il convient de dire que l'environnement est dans le cas de notre recherche l'un des facteurs générateurs de la carence affective chez les enfants assistés, et cette carence influence automatiquement le développement de nos sujets. Dès lors ces deux derniers facteurs expliquent cette minutieuse hétérogénéité entre les scores.

Cependant, on observe remarquablement des rapprochements des scores et des moyennes générales des domaines de développement, et cette homogénéité peut s'expliquer aussi par le fait que ces jeunes enfants partagent en commun quelques critères d'homogénéité, entre autre la tranche d'âge c'est-à-dire les âges de notre groupe d'étude son relativement attenants.

- Dans le domaine de **la posture**, on obtient la moyenne de 81 résultat des quotients du développement postural plus en moins élevés par rapport aux quotients d'autres sous échelles, mais qui demeurent tout de même au-dessous de la moyenne qui est de 100. Un retard postural est nettement confirmé avec « Adam » qui obtient seulement un quotient de 77, ainsi avec « Farida » qui obtient 55 qui est le plus faible quotient de développement postural obtenu par les enfants, bien qu'on note chez ces deux cas un faible investissement de la motricité de déplacement et ils ne supportent pas longtemps la mobilité et l'activité de plus

Frida est une fille qui manifeste des difficultés à se mouvoir dans l'espace. Tandis que pour « Laïd », « Siham », « Warda », « Raouf » et « Saber » leurs quotients de développement postural sont moyens. Cette performance au niveau moteur s'explique par le fait qu'ils trouvent du plaisir à exécuter les consignes de cette échelle. En revanche aucun d'entre eux n'obtient un âge de développement postural adéquat à son âge, ceci dit que malgré ces scores élevés ils présentent tous un retard dans le domaine de la posturo-motricité.

- **En coordination oculomotrice**, on obtient la moyenne de 69 résultat des quotients de développement en coordination plus en moins élevés par rapport aux quotients des échelles de sociabilité et ceux de langage, mais qui demeurent tout de même au-dessous de la moyenne voir inférieurs, qui renvoient à un véritable retard, c'est uniquement « Raouf » et « Warda » qui décrochent un quotient de développement de 84 et 75, sinon pour le reste des cas leurs quotients s'étalent entre 60 et 68 correspondant donc à un retard profond au niveau de la coordination oculomotrice, cette faillite s'explique par le fait que la majorité de nos cas s'intéressent notamment pendant l'examen à tout ce qui est humain et moins pour les objets, encore un manque de concentration ou d'adaptation peuvent être un facteur influent.

- **La sociabilité** vient en troisième position en termes de réussite par rapport à la dernière échelle de langage, cependant on remarque des quotients de développement totalement inférieurs à la moyenne expriment un retard sévère au niveau de la sociabilité, en premier lieu le score de « Farida » avec 46 et celui de « Adam » avec 58 puis de « Saber » avec 59 et de « Laïd » avec 62, cette baisse en sociabilité s'explique chez certains exemples de Adam et Saber par leurs intérêts portés sur les objets plus que sur ce qui relève des relations humaines et par une indifférence dans les interactions humaines, ils cherchent rarement le contact avec l'adulte et n'expriment guère leurs affects et leurs émotions. Sauf qu'on constate chez Raouf, Warda et Siham des quotients plus en moins satisfaisants mais qui restent tout de même au-dessous de la moyenne. Nous avons obtenu en somme une moyenne générale de 64 en sociabilité. Ce qui confirme absolument un retard profond dans cette échelle. Un retard à ce niveau entrave l'autonomie de l'enfant et le rend plus dépendant de son entourage.

- La moyenne générale des quotients de développement en langage est de 59, provient des quotients partiels carrément inférieurs à la moyenne et traduisent un retard sévère en capacités langagières.

Il s'agit du langage pour lequel le bilan fait état d'un retard important. Cependant même si en effet la production verbale est peu étendue voir pauvre, aucun trouble grave n'est observé du point de vue de la compréhension verbale. La majorité des cas saisissent la signification de pas mal d'énoncés et de mots familiers. Sauf qu'on constate un manque important voir l'absence d'un langage gestuel qui leur permettrait de se faire comprendre aisément. Le retard de langage et le retard plus global de développement sont, pour une part au moins, dus au fait que ces jeunes enfants assistés semblent grandissent seuls, des éléments de l'observation et de l'entretien laissent paraître la relative pauvreté du milieu institutionnel en terme de sollicitations, de jeux symboliques et d'actions partagées. Toutefois les prérequis nécessaires à l'acquisition du langage sont présents.

Le facteur affectif semble être le plus probablement qui explique ce profond retard car sur le plan cérébral et neurologique, on ne mentionne aucune lésion ou atteinte cérébrale. D'après les études de **R Spitz** et de **J Bowlby**, plusieurs enfants abandonnés à l'âge précoce et placé dans une institution, manifestent des signes de carence maternelle par la fragilité de leurs corps et les troubles de l'attachement et un ralentissement du développement psychomoteur.

Pour **Julian De 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 et sont le plus souvent liés au développement psychoaffectif d'une manière primitive ou secondaire.

Pour en finir, les résultats de l'échelle et ceux des entretiens nous ont amenés à relever le niveau de développement psychomoteur chez nos sujets et nous ont amenés aussi à mesurer leur rythme de développement général, et à envisager l'importance de mettre en route le plutôt possible des actions préventives, éducatives et rééducatives d'une manière à faire mieux comprendre les besoins et les difficultés des enfants en portant leur attention sur certains aspects des comportements des enfants, et de mettre en relief les tâches pédagogiques qui favoriseront le développement de l'enfant dans tous les domaines. Cependant notre modeste étude sur les enfants assistés âgés entre 11 et 30 mois montre qu'un pronostic exact ne pouvait être porté à partir de ces quotients de développement, et d'une période d'enquête insuffisante d'où la nécessité aussi de compléter ce baby-test par d'autres examens psychologiques.

Encore nous avons pu reconnaître et évaluer grâce notamment à la grille d'observation les signes de la carence affective et confirmer son existence au sein du foyer pour enfants assistés, ainsi que nous avons constaté que l'environnement et la relation mère/enfant jouent un rôle prépondérant dans l'épanouissement et le développement de l'enfant, et un environnement non satisfaisant ou l'absence de soins maternels entravent le développement de l'enfant notamment psychomoteur. Cependant dans notre recherche l'interprétation des comportements de chaque enfant n'est pas suffisamment approfondie du fait qu'on ignore la véritable anamnèse de nos cas et leur histoire.

3. Discussion des hypothèses

Suite aux résultats obtenus par l'analyse des outils de notre recherche nous avons pu atteindre l'objectif de notre investigation. Dès lors il est bien évident de discuter nos hypothèses de recherche susceptibles de répondre à la question de départ.

3.1 Hypothèse générale

- *Les enfants placés au sein de foyer pour enfants assistés souffrent d'une carence affective et présentent ainsi un retard de développement psychomoteur au niveau des quatre acquisitions psychomotrices à savoir la posture, la coordination oculomotrice, le langage et la sociabilité.*

Sur la base des résultats obtenus dans notre recherche au niveau du foyer pour enfants assistés de Sétif, nous avons conclu que tous les cas étudiés répondent à cette hypothèse à l'exception de « Raouf » et « Warda » qui présentent un retard léger vu leur jeune âge qui est de 11 mois en le comparant à d'autres enfants. Bien que leurs scores qui ne dépassent pas 80 demeurent inférieures à la moyenne. Sinon tous les autres cas confirment bien cette hypothèse. La moyenne des scores du (QDG) obtenus au près de ces jeunes enfants victimes de carence affective qu'on a vérifié et évalué à l'aide de l'observation au niveau de leur foyer est de 68, ce qui indique selon les normes de l'échelle de Brunet Lézine révisée, un retard profond et considérable du développement psychomoteur et qui se manifeste au niveau des quatre acquisitions psychomotrices qui sont : la posture, la coordination, le langage et la sociabilité, du fait que tous les scores des enfants obtenus aux différentes épreuves des sous échelles de l'outil de Brunet Lézine restent inférieurs à 100. Parmi les cas qui confirment nettement cette hypothèse, on trouve en premier lieu, le cas de « Farida » âgée de 14 mois, chez qui un retard

frappant est bien manifesté au niveau des quatre acquisitions, les cas qui suivent sont ordonnés comme suit : « Adam » âgé de 24 mois, « Saber » âgé de 30 mois, « Siham » âgée de 25 mois et Laid âgé de 14 mois. Toutefois il faut mettre à l'écart l'exception faite par deux de nos cas « Raouf » et « warda » âgés de 11 mois, leurs quotients de développement présentent en tous les cas un retard inférieur à la moyenne, mais plus en moins léger par rapport aux cinq premiers cas. Il faut tout de même noter que dans le domaine du langage, aucun cas n'a obtenu un quotient de développement supérieur à 70, ceci dit que le langage est en première position en terme de retard très prononcé, et l'hypothèse dans ce secteur est totalement confirmée sans exception.

3.2 Hypothèse partielle

- *Les stimulations et les conditions favorables pour un développement psychomoteur chez l'enfant sont presque absentes dans le foyer pour enfants assistés.*

A travers les observations et les entretiens effectués sur le terrain, nous avons constaté que malgré une équipe importante de personnel et d'adultes qui gravitent autour des enfants, ces derniers vivent dans un état de carence affective voir de privation sensorielle et auditivo-verbale. De plus les conditions et le programme de soins au niveau du foyer ne sont pas en mesure de créer pour chaque enfant une figure maternelle permanente et adéquate qui réponde à ses besoins et qui établisse avec celui-ci une relation mère/enfant permanente et stable. Même si une relation professionnel et enfant existe, elle est rarement marquée par une dimension affective et émotionnelle, ce qui est dès lors vital pour le bien être de jeune enfant et son épanouissement. Il est regrettable que cette relation professionnel / enfant est limité dans la plupart du temps au strict nécessaire, c'est-à-dire pour la survie physique seulement.

Le changement continu des personnes qui s'occupent de l'enfant ne lui permet pas de s'accomplir, de reconnaître son partenaire et d'établir une relation pour investir son amour, son corps et explorer l'environnement dans des conditions normales.

Tous ces facteurs pathogènes affectent de façon plus en moins sévère les conditions qui participent au bien-être de l'enfant et influencent négativement l'évolution de ses aspects psychomoteurs et langagiers.

Suite à cette discussion, nous pouvons répondre honorablement à notre question de départ, et préciser qu'effectivement les enfants carencés affectivement en institution d'accueil présentent selon notre recherche un retard de développement psychomoteur quasiment sévère. Il nous semble bien que nos hypothèses ont été confirmées, en se référant aux diverses théories de développement et en reposent notamment sur l'échelle de Brunet-Lézine révisée qui englobe une approche intégrative.

La confirmation de nos hypothèses ne permet en aucun cas de généraliser les résultats obtenus puisqu'ils ne représentent pas la population mère vu la taille de notre échantillon ainsi la période limitée de notre recherche.

Par conséquent, notre petite enquête nous a permis tant qu'étudiants en psychologie, d'en tirer une conclusion d'une importance majeure, sur les particularités et les facteurs déclenchant une carence affective dans les institutions d'accueil pour enfants abandonnés, et ses répercussions sur le développement affectif, social et cognitif de ces petits vulnérables.

Conclusion générale

Conclusion générale

La recherche que nous avons effectuée dans le but de cerner la problématique de la carence affective en relation avec le développement psychomoteur chez les enfants privés de familles et placés en institutions d'accueil nous a amenés à renseigner l'importance donnée à cette thématique par plusieurs chercheurs et auteurs notamment psychanalystes, et à la place majeure que joue la relation mère/bébé durant les premiers mois de l'existence, et à la nécessité d'un environnement sain comme condition primordiale pour tout développement du petit de l'homme. Et qu'un environnement pathogène et/ou l'absence d'une mère ou d'un substitut maternel adéquat pour un jeune enfant menacent celui-ci d'un retard voir de troubles majeurs liés à son développement affectif, cognitif et psychomoteur.

La privation prolongée de soins maternels chez le tout jeune enfant peut retentir sur son avenir. Les carences maternelles sévères et précoces sont génératrices d'inaffectivité.

Freud a émis l'hypothèse d'une « angoisse signal » pour rendre compte du comportement angoissé de l'enfant chaque fois que sa mère le quitte.

Winnicott (1941) a parlé d'un « *environnement de soutien suffisamment bon* ».

Spitz, (1948), parle de dépression anaclitique pour qualifier l'état d'hébètement survenant chez le petit enfant, préalablement en de bonne relation avec sa mère, dans des conditions de dé-privation maternelle.

Bion (1962) parle de fonction alpha qui serait la capacité d'interprétation de la mère et le degré de tolérance à la frustration du nourrisson qui vont permettre à ce dernier de développer la trame de l'appareil psychique. Pour Bion, les contenus toxiques psychiques du bébé sont les éléments bêtas. La fonction alpha de la mère est là pour recevoir les éléments vitaux de l'enfant, les intérioriser et en ce sens dédramatiser la situation pour l'enfant, à travers un sentiment de confiance à être une bonne mère.

Selon **Chiland** (1989) : « *Le nourrisson ne parle pas mais il investit et réagit....Chaque bébé a sa manière propre de se conduire, qui en révèle beaucoup sur sa relation avec sa mère et sa confiance en lui-même.* ».

Les troubles du fait de distorsions, par trop ou trop peu de maternage vont engendrer un attachement dysconfiant.

Bowlby et Ainsworth sont les auteurs à l'origine de la théorie de l'attachement qui stipule que la présence d'un attachement sécurisant chez l'enfant se manifeste par :

- *l'échange fréquent d'affection entre le parent et l'enfant ;*
- *la recherche de réconfort devant des craintes ou des frustrations ;*

- *l'assurance de trouver de l'aide auprès du parent ;*
- *la référence au parent au niveau de l'exploration visant l'approbation ou l'autorisation ;*
- *la qualité de la relation au cours d'une séparation ou après celle-ci.*

Selon la théorie de l'attachement, le lien affectif profond entre l'enfant et le parent favorise la confiance et la compétence de cet enfant. L'attachement sert de base et de référence pour progresser.

A la lumière de ces différentes spéculations, notre enquête de terrain, et notre investigation à l'aide des outils psychologiques et de l'instrument de Brunet-Lézine auprès des enfants âgés de 11 à 30 mois, placés au foyer d'accueil va dans le sens de démontrer cette perspective dans une population de sept éléments et dans une période bien limitée en partant d'une idée que le manque d'affection et de relation mère/bébé, donnent naissance chez l'enfant un retard psychomoteur.

En effet, les résultats finaux de notre recherche affirment l'authenticité de nos hypothèses et déclarent que la carence affective en institution entrave le développement des jeunes enfants en particulier leur développement psychomoteur.

L'ensemble des troubles du comportement et/ou de la personnalité engendrés par les carences affectives ne peut être pris en charge seulement par une famille d'accueil, aussi attentionnée et aimante puisse-t-elle être. "L'amour ne suffit pas" quand les mécanismes de brisure se répètent avec toute personne qui commence à compter pour un accueilli.

Et nous avons constaté également que la prise en charge du foyer n'est pas satisfaisante pour ces enfants qui demandent plus d'affection et d'amour.

Actuellement, auteurs et praticiens s'attachent à mettre en place une prévention de la carence, tant institutionnelle que familiale. Les résultats sont prometteurs lorsqu'une thérapie adaptée intervient dans les périodes sensibles de grossesse ou lors des interactions précoces mère-enfant. A chacun de rester vigilant, la carence n'est jamais institutionnellement éradiquée ; et créatif pour trouver des solutions appropriées à chaque accueilli, en fonction de la carence subie et des symptômes présentés.

A présent, et à travers cette recherche nous avons compris que ces enfants placés dans un milieu fermé et de plus en plus pathogène, leur état psychologique se détériore de jour en jour, pour cela il est raisonnable pour l'administration du foyer d'envisager et d'encourager les placements familiaux autrement les confiés à des familles susceptibles de leur donner de l'amour et de l'affectivité. Et cela afin de mieux protéger ces enfants des dommages institutionnels. Et d'envisager au même titre aussi un travail de sensibilisation par un collectif

de médecins et de psychologues afin de diffuser les principes de base de la prévention en hygiène mentale infantile et les conséquences de la carence en soins maternels.

Un effort doit être fait aussi vers la formation des professionnels constituant l'équipe au niveau de foyer à la clinique fine du développement et des interactions précoces, et à l'utilisation d'outils d'évaluation fiables du développement, afin que les professionnels assurent un environnement contenant et peuvent jouer ainsi un rôle de pare-excitation face à l'angoisse provoquée par des stimulations psychiques en rapport à la situation de l'enfant au sein du centre.

Etant donné que notre domaine d'étude est psychologie, développement et handicap et nous tenons à souligner que notre recherche, nous a amenés à réfléchir sur un tas de sujets, qui restent une série de questions intéressantes comme thèmes de recherche notamment dans ce champ de développement et d'handicap entre autres ;

- L'effet de la négligence de soins des enfants souffrant d'handicap au sein même de foyer pour enfants assistés sur leur développement affectif en sens large.
- Les enfants abandonnés entre résilience à la situation de carence maternelles et envahissement
- l'influence de la qualité de l'accueil humanisant des parents adoptifs sur la capacité de l'enfant à s'inscrire dans une filiation adoptive.

La liste bibliographique

La liste des ouvrages

- 1- Ajuriaguerra Julian de. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* : (éd.2e). paris, Masson.
- 2- Amy Marie-Dominique. (2008). *Construire et soigner la relation mère-enfant*: paris Dunod.
- 3- Armengaud, D. (2003). *Pédiatrie*. Paris: ESTEM.
- 4- Aroua A. (1974). *Hygiène et prévention médicale chez Ibnou Sina (Avicenne)*. Alger, SNED.
- 5- Bajer B & al. (2008). *Pédiatrie*: Romainville, France, S-édition.
- 6- Ballouard, C. (2008). *Psychomotricité: L'aide mémoire*. Paris: Dunod.
- 7- Berthiaume, F., Lamoureux, A., & Vallières, G. (1991). *Initiation à la recherche en psychologie*. Montréal: HRW.
- 8- Bucher, H. (2004). *Développement et examen psychomoteur de l'enfant*. Paris: Masson.
- 9- Cébula Jean-Claude & al. (2000). *Guide de l'accueil familial* : paris, Dunod.
- 10- Chabrol, B., Haddad, J., & Ovid Technologies, Inc. (2006). *Handicaps de l'enfant*. Rueil-Malmaison: Doin.
- 11- Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris: Dunod.
- 12- Chazaud, J. (2005). *Précis de psychologie de l'enfant: De la naissance à l'adolescence : les grandes phases du développement*. Paris: Dunod.
- 13- Denis Josse. (2007), *manuel du Brunet-Lézine révisé, Echelle de développement psychomoteur de la première enfance*, ecpa, paris.
- 14- Dumont J-P & al. (2004). *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* : Paris, heures de France. En ligne : http://www.worldcat.org/search?q=Hygi%C3%A8ne+et+pr%C3%A9vention+m%C3%A9dicale+&qt=owc_search
- 15- Golse B. (2001). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* : (éd. 3e). paris, France : Masson.
- 16- Grawitz, M., & Pinto, R. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- 17- Joly, F., & Labès, G. (2009). *Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité: Volume 2*. Noisiel: Éd. du Papyrus.
- 18- Kellemer Pringle, M. (1979). *Les besoins de l'enfant* (éd. 2e). (J. Spinga, Trad.) london: Hutehinson&CO Disponible En ligne : http://classiques.uqac.ca/contemporains/handicap_et_inadaptation/documents_CTNERHI/CTNERHI_070/CTNERHI_070.pdf page consulté le : 20/04/2015.

Liste bibliographique

- 19- Lacombe, J. (2007). *Le Développement de l'enfant de la naissance à 7 ans: Approche théorique et activités corporelles*. Bruxelles: De Boeck.
- 20- Martin-Mattera, P., & Bouchafa, H. (2005). *Initiation à la psychologie: Comment devenir psychologue*. Paris: Vuibert.
- 21- REY, C., Bader-Meunier, B., & Epelbaum, C. (2001). *Maltraitance à enfants et adolescents*. Paris: Doin.
- 22- Richard J & Rudio L. (1994). *La thérapie psychomotrice* : Paris, Masson.
- 23- Sahuc Caroline (2006). *comprendre son enfant: 0-10 ans* : Paris, studyparents.
- 24- Samacher R (2005). *Psychologie clinique et psychopathologie* : Paris, Bréal
- 25- Tourette, C., & Guidetti, M. (2002). *Introduction à la psychologie du développement : Du bébé à l'adolescent*. Paris: Armand Colin.

La liste des articles de revues

- 1- Ainsworth, M. D. (1962). Les répercussions de la carence maternelle: faits observés et controverses dans le contexte de la stratégie des recherches .*Cahiers de santé publique-OMS, 14, 95-163*.
- 2- De Parscau L (January 01, 2002). Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance troubles de l'apprentissage. *La Revue Du Praticien, 52, 3, 319-26*.
- 3- Dugravier romain et guedeneyantoine. (2006), contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels : *la psychiatrie de l'enfant*. Vol. 49, p. 405-442. Doi : 10.3917/psy.492.0405. En ligne <http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2006-2-page-405.htm>
- 4- Duverger Philippe & Rousseau Daniel. (2011). L'hospitalisme à domicile : *Enfances & Psy.* n° 50, p. 127-137. DOI : 10.3917/ep.050.0127. en ligne <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2011-1-page-127.htm>.
En ligne http://medidacte.timone.univ-mrs.fr/webcours/Comite_etudes/ItemsENC/sitelocal/disciplines/niveaudiscipline/niveaumodule/Item32/Item32.htm
- 5- Fabien JOLY. (2009), Le corps en question : psychopathologie des troubles instrumentaux (ou plaidoyer pour une approche complexe des dyspraxies et des troubles

- psychomoteurs) : *Le Carnet PSY*, 2009/7 n° 138, p. 39-49. DOI : 10.3917/lcp.138.0039.
En ligne <http://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2009-7-page-39.htm>
- 6- G. Maitrot. (2003), développement psychomoteur et apprentissage, CPD IA 94. En ligne
http://www.ia94.ac-creteil.fr/eps/resdep/.../dev_psychom_apprentissage.pdf
https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_25/25-12-lemay.pdf
- 7- Joly Fabien. (2011), Le développement psychomoteur : un paradigme pour la psychopathologie du xx siècle : *Contraste*, 2011/1 N° 34-35, p. 213-235. DOI : 10.3917/cont.034.0213. En ligne <http://www.cairn.info/revue-contraste-2011-1-page-213.htm>
- 8- Lemay M. (1996), Les conséquences de l'abandon sur le développement psychosocial de l'enfant et dans ses relations personnelles et sociales : *revue de droit*, vol.25, no 1-2, p. 5-25. En ligne :
- 9- Mimouni M Badra. Juillet – septembre (2008), les enfants privés de famille en Algérie. *Insaniyat* n° 41, pp. 67-81. En ligne <http://insaniyat.revues.org/2398>
- 10- N. Accard & al. (2006), comme réponse à la précarité du lien mère – bébé, les « petits pas » : *un réseau en périnatalité. Pratiques psychologiques* 12 157 – 175. En ligne <http://www.sciencedirect.com.www.sndll.arn.dz/science/article/pii/S1269176306000186>
- 11- Pinel-Jacquemin, S., & Zaouche-Gaudron, C. (May 01, 2009). Systeme familial et attachement : revue de la question. *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 57, 3, 167-172. En ligne <http://www.sciencedirect.com.www.sndll.arn.dz/science/article/pii/S022296170800202X>
- 12- Tohain Nibert Lengha & Marie Berthe Chiwo. (2008). maturation familiale et fugue scolaire chez l'adolescent en milieu rural : *l'Afrique subsaharienne à l'épreuve des mutations*, L'Harmattan, paris. Disponible En ligne sur www.google.com

La liste des pages Web

- 1- *Développement affectif du nourrisson - L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance*. (n.d.). Université de Rouen; Faculté de Médecine; Pharmacie.
En ligne :
<http://www.univrouen.fr/servlet/com.univ.util.LectureFichierJoint?CODE=1096554716128&LANGUE=0>

Liste bibliographique

- 2- N Thomas. (2002). *Psychomotricité - Développement psychomoteur de l'enfant*. Université Paris 6 ; Pierre et Marie Curie; Faculté de Médecine Pitie; Salpêtrière. En ligne <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/index.html>
- 3- P Duverger & J Malka. (2008), *Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant et ses troubles*. Faculté de médecine de Besançon. En ligne : <http://www.medecine.upstlse.fr/dcem3/module03/07.DEVELOPPEMENTPSYCHOMOTEUR.pdf>
- 4- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Courtinat Elisabeth (1969), 285. Disponible en ligne <http://psycho-ressources.com/elisabeth-c-rei-txt-winnicot.pdf>

La liste des dictionnaires

- 1- Beaucourt, M., Poitron, J.-J., & Chenuet, G. (1999). *Dictionnaire encyclopédique visuel*. Paris: Larousse.
- 2- Bloch, H. & al. (1992). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.
- 3- Brin F & al. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie* :France, édition ortho.
- 4- Sillamy N. (2003). *dictionnaire de psychologie* : Québec, Larousse-VUEF.

Annexe A : la grille d'observation pour évaluer la carence affective chez : « les nourrissons âgé entre 3 à 28 mois »

Prénom : Age à l'entrée :
 Sex : Age au moment de l'évaluation :
 Date de naissance : commentaire :

Comportements	Dates des observations																			
	Remarques																			
/..../2015			/..../2015			/..../2015			/..../2015			/..../2015			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
A. Expression du visage :																				
1. maintient une expression faciale neutre.																				
2. Visage triste																				
3. Indifférence a l'expression faciale d'autrui																				
B. Contact et relation avec autrui :																				
1. Facilité de contact avec les étrangers.																				
2. L'indifférence a la séparation avec les personnes qui s'occupe de lui.																				
3. Manifeste des conduites d'accrochage à l'autre																				
4. Conduite d'appel : pleurer, cris, suivre.																				
5. Refus et évitement de contact humain.																				
6. Contact visuel fugace, fuyant ou même absent																				
7. Interaction vocale : vocaliser, babillage.																				
8. Attitude anticipatrice : tend les bras.																				
C. Réactivité émotionnelle et affectives :																				
1. Recherche de façon avide l'affection																				
2. Aime les câlins et les caresses.																				
3. Manifestation de : colère, anxiété, isolement, sucer son pouce, Balancements																				
4. Exigeant et pleurniche.																				
5. Retrait relationnel.																				
D. Comportements pendant la récréation :																				
1. Reste seul dans son coin. Plutôt solidaire.																				
2. Agitation autour des objets, grimper partout.																				
3. Tranquillité, Pauvreté des mouvements.																				
4. Exploration de l'environnement physique.																				
E. Réaction lors des activités ludique/jeu :																				
1. Remuant, ne pas tenir en place.																				
2. Indifférence pour les jouets.																				
3. Activité ludique répétitives.																				
4. Absence de divertissement																				
5. Attitude de rivalité et Comportements agressif																				
F. Observation durant les repas :																				
1. Conduites d'opposition à manger																				
2. Refus de manger tout aliment non connu																				
3. régurgitation active et répétée, suivi de mâchonnement																				
4. l'ingestion répétée de substances non nutritives (tissu, papier, Poupée en coton...)																				
5. Réclame les repas																				
6. D'autre trouble alimentaire (anorexie ...).																				
G. Comportement lors de sommeil :																				
1. Difficultés d'endormissement.																				
2. Comportements atypique avant la sieste.																				
3. Comportement auto-érotique																				
4. Réveils nocturnes.																				
H. Qualité de l'environnement :																				
1. Soins discontinu dans le cadre de relation avec le référent privilégié.																				
2. Insuffisance dans l'interaction bébé/professionnel																				
3. Des moments de solitude du bébé																				

Échelle d'appréciation portant sur la fréquence d'apparition :

1 Souvent	2 Parfois	3 Rarement	4 Jamais
-----------	-----------	------------	----------

Annexe B : le guide d'entretien

21-A quel âge l'enfant avait acquis la marche ?

22-Avez-vous constaté des difficultés langagières chez l'enfant ? Si oui, de quel type ?

23-Manifeste-il des difficultés dans la compréhension de certains mots et consignes utilisées dans la vie quotidienne ?

24-Est-ce-que l'enfant montre du doigt ce qu'il veut avoir ?

BLR

Cahier de test

Brunet-Lézine Révisé

Echelle de développement psychomoteur de la première enfance

Nom et prénom

Sexe

Examineur

Motif de l'examen

.....

.....

.....

Adresse

Age et profession du père

Age et profession de la mère

Renseignements sur la santé des parents

.....

Rang dans la fratrie

Ages, santé des frères et sœurs

.....

.....

Déroulement de la grossesse

.....

.....

Accouchement

.....

Terme à la naissance

Poids à la naissance

Poids actuel

Taille à la naissance

Taille actuelle

Allaitement

Antécédents médicaux de l'enfant

.....

.....

Mode de garde

En dehors des modes de garde habituels l'enfant a-t-il été séparé de ses parents (hospitalisation ou autre) ?

Circonstances et durée de la séparation

.....

Age d'acquisition de la marche

Premiers mots

Age d'acquisition de la propreté diurne

Nocturne

Alimentation, réactions aux changements de régime

.....

Qualité du sommeil

	Année	Mois	Jour
Date de l'examen			
Date de naissance			
Age chronologique			
Si prématurité, âge corrigé			

N° d'item	Mois	Domaine		Observations
RÉACTIONS A L'ARRIVÉE				
20	3	S5	A conscience de la nouveauté d'une situation	
40	5	S9	Différencie nettement les visages familiers des étrangers.....	
ENFANT COUCHÉ SUR LE DOS				
<u>Réaction au visage de l'examineur</u>				
9	2	S1	Sourit à l'examineur en réponse à son sourire accompagné de paroles.....	
17	3	L3	Vocalise quand l'examineur lui parle et lui sourit.....	
10	2	S2	Réaction d'animation quand on s'approche de lui.....	
3	2	P3	Se retourne du côté sur le dos.....	
4	2	C1	Suit des yeux une personne qui se déplace...	
16	3	C6	Joue avec ses mains, les examine.....	
31	5	P10	Couché sur le dos, explore ses jambes et ses genoux.....	
42	6	P13	Couché sur le dos, prend ses pieds dans ses mains.....	
54	7	P18	Porte ses pieds à sa bouche.....	
62	8	P20	Se retourne du dos sur le ventre.....	
<u>Anneau</u>				
5	2	C2	Suit des yeux l'anneau d'un côté à l'autre.....	
26	4	C9	Couché sur le dos, fait des mouvements de préhension dirigés vers l'anneau.....	
<u>Hochet</u>				
15	3	C5	Couché sur le dos, tient fermement le hochet d'un mouvement involontaire.....	
25	4	C8	Couché sur le dos, secoue le hochet placé dans sa main en le regardant.....	



N° d'item	Mois	Domaine		Observations
22	4	P8	<u>Serviette sur la tête</u> Couché sur le dos, mouvements dirigés pour se débarrasser de la serviette posée sur sa tête.....	
41	6	P12	Couché sur le dos, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête.....	
			ENFANT AMENÉ EN POSITION ASSISE	
2	2	P2	Retient la tête bien droite quand on exerce une traction sur ses avant-bras.....	
13	3	P6	Soulève la tête et les épaules quand on l'amène en position assise.....	
43	6	P14	Se soulève jusqu'à la position assise quand on exerce une traction sur ses avant-bras.....	
81	10	P25	Passé seul de la position couchée à la position assise. (Si pas observé poser la question).....	
			ENFANT PLACÉ EN POSITION ASSISE	
			<u>Contrôle de la tête</u>	
11	3	P4	En position assise, maintient la tête bien droite, sans osciller.....	
			<u>Contrôle de la tête et du tronc</u>	
23	4	P9	Tient assis avec un léger soutien.....	
51	7	P15	Tient assis brièvement sans soutien (dix secondes environ).....	
52	7	P16	Assis avec soutien, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête.....	
63	8	P21	Assis sans soutien, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête.....	
			ENFANT COUCHÉ SUR LE VENTRE	
			<u>Tête et membres supérieurs</u>	
1	2	PI	Couché sur le ventre, soulève la tête et les épaules.....	

N° d'item	Mois	Domaine		Observations
12	3	P5	Couché sur le ventre, s'appuie sur ses avant-bras	
21	4	P7	Membres inférieurs Couché sur le ventre, garde les jambes en extension	
53	7	P17	Tronc et membres inférieurs Fait des efforts de déplacements, se hisse sur genoux, pousse avec les bras	
61	8	P19	Couché sur le ventre, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête	
71	9	P22	Mouvements nets de déplacements	
32	5	P11	STATION DEBOUT ET LOCOMOTION Debout, tenu sous les bras, supporte une partie de son poids	
72	9	P23	Se tient debout avec appui	
73	9	P24	Soutenu sous les bras, fait des mouvements de marche	
82	10	P26	Placé debout avec appui, lève un pied et le repose	
83	10	P27	Passe de la station assise à la station debout en utilisant un appui	
91	12	P28	Passe de la station debout à la station assise sans se laisser tomber	
92	12	P29	Marche avec aide quand on lui tient la main	
93	12	P30	Tient debout seul quelques secondes sans appui (trois secondes)	
101	14	P31	Marche seul couramment	
102	14	P32	Monte à quatre pattes un escalier. (Si impossible à observer poser la question)	
141	30	P39	Monte l'escalier seul en alternant les pieds	

N° d'item	Mois	Domaine		Observations
			Ballon	
112	17	P34	Pousse du pied le ballon	
121	20	P35	Donne un coup de pied dans le ballon après démonstration	
131	24	P37	Donne un coup de pied dans le ballon sur ordre	
122	20	P36	Court avec des mouvements coordonnés.....	
132	24	P38	Se tient sur un pied avec aide.....	
142	30	P40	Se tient sur un pied sans aide	
			Iouet à tirer	
111	17	P33	Marche à reculons	
			ENFANT ASSIS SUR LES GENOUX	
7	2	L1	Répond à la voix par immobilisation	
28	4	L4	Tourne la tête immédiatement pour regarder la personne qui parle	
30	4	S6	Participe à des jeux corporels	
49	6	L9	Réagit immédiatement à l'appel de son nom	
50	6	S10	Regarde ce que l'adulte regarde si celui-ci montre du doigt.....	
59	7	S11	Participe activement au jeu de "coucou"	
89	10	S16	Regarde ce que l'adulte regarde sans que celui-ci montre du doigt	
			ENFANT ASSIS DEVANT LA TABLE	
			Cubes (préhension)	
14	3	C4	Regarde le cube posé sur la table	
27	4	C10	Saisit un cube au contact	
33	5	C11	Tient un cube placé dans la main et regarde le deuxième	
44	6	C14	Enlève le cube de la table à sa vue	

N° d'item	Mois	Domaine		Observations
45	6	C15	Tient deux cubes, un dans chaque main, et regarde le troisième	
55	7	C18	Saisit deux cubes, un dans chaque main.....	
74	9	C25	Accepte le troisième cube en lâchant un des deux qu'il tient déjà	
94	12	C33	Prend le troisième cube, ou essaie de le prendre, en gardant les deux qu'il tient déjà	

Suivant l'âge de l'enfant on passera aux épreuves avec tasse et cubes ou on enchaînera avec la construction avec les cubes.

Construction avec les cubes				
103	14	C37	Fait une tour de deux cubes.....	
113	17	C42	Fait une tour de trois cubes	
123	20	C46	Fait une tour de cinq cubes.....	
144	30	C53	Fait une tour de huit cubes	
133	24	C49	Aligne les cubes pour imiter le train	
143	30	C52	Fait un mur avec quatre cubes.....	
Cubes et tasse				
47	6	C17	Soulève par l'anse la tasse retournée	
84	10	C29	Soulève par l'anse la tasse retournée et saisit le cube ou le jouet caché.....	
85	10	C30	Met un cube dans la tasse ou le retire.....	
95	12	C34	Lâche un cube dans la tasse	
104	14	C38	Remplit la tasse de cubes (au moins cinq cubes)	
A observer				
60	7	S12	Joue à jeter ses jouets.....	
65	8	C22	Joue à frapper deux objets.....	



N° d'item	Mois	Domaine		Observations
Pastille (Préhension)				
24	4	C7	Regarde la pastille posée sur la table	
46	6	C16	Saisit la pastille en ratissant	
64	8	C21	Saisit la pastille avec la participation du pouce	
75	9	C26	Saisit la pastille entre le pouce et l'index	
Pastille et flacon				
86	10	C31	Cherche la pastille à travers le flacon	
105	14	C39	Introduit la pastille dans le flacon	
115	17	C44	Retire la pastille du flacon	
Anneau				
6	2	C3	Assis, tourne la tête pour suivre un objet qui disparaît lentement	
35	5	C13	Assis, saisit d'une main l'anneau balancé devant lui	
66	8	C23	Attire l'anneau vers lui en se servant de la ficelle	
Hochet				
34	5	C12	Tend la main vers l'objet qu'on lui offre	
Cuiller				
56	7	C19	Cherche la cuiller tombée	
Clochette				
57	7	C20	Examine la clochette avec intérêt	
67	8	C24	Fait sonner la clochette	
70	8	S13	Manifeste quand on met un objet hors de sa portée	

N° d'item	Mois	Domaine		Observations
87	10	C32	Cherche le battant de la clochette.....	
76	9	C27	Retrouve le jouet sous la serviette.....	
38	5	S7	Miroir Sourit au miroir.....	
77	9	C28	Planchette Retire le rond de la planchette.....	
96	12	C35	Remet le rond dans son trou sur la planchette	
106	14	C40	Place le rond dans son trou sur ordre.....	
116	17	C45	S'adapte au retournement de la planchette pour le rond.....	
125	20	C48	Place les trois morceaux sur la planchette.....	
135	24	C51	S'adapte au retournement de la planchette pour les trois morceaux.....	
97	12	C36	Papier et crayon Gribouille faiblement sur démonstration.....	
107	14	C41	Fait un gribouillage sur ordre.....	
124	20	C47	Utilise sa main pour maintenir le papier quand on lui demande de gribouiller.....	
134	24	C50	Imite un trait sans direction observée.....	
145	30	C54	Imite un trait horizontal et un trait vertical....	
114	17	C43	Livre d'images Tourne les pages du livre.....	
126	20	L21	PLANCHES D'IMAGES Nomme deux ou montre quatre images (planche 1).....	
136	24	L24	Nomme six images (planches 1 et 2).....	

N° d'item	Mois	Domaine		Observations
146	30	L28	<p>Nomme dix images (planches 1 et 2).....</p> <p>Noter les images désignées par l'enfant en précisant si elles sont nommées (N) ou montrées (M).</p> <p><u>Planche 6 images</u> <u>Planche 9 images</u></p> <p>bol nounours.....</p> <p>chaussure..... vélo.....</p> <p>voiture..... banane.....</p> <p>chien..... chat.....</p> <p>cuiller..... montre.....</p> <p>ballon..... lit.....</p> <p> télévision.....</p> <p> couteau.....</p> <p> maison.....</p>	
109	14	L18	<p><u>10 objets (balle, petite poupée, voiture, petite cuiller, lunettes, bouton, cheval, montre, crayon, mouton).</u></p> <p>Identifie un objet (on présente à cet âge seulement les cinq premiers objets).....</p>	
118	17	L20	Identifie trois objets.....	
127	20	L22	Identifie quatre objets.....	
137	24	L25	Identifie huit objets ou en nomme quatre.....	
147	30	L29	<p>Nomme huit objets ou plus.....</p> <p>Noter les objets identifiés par l'enfant, en précisant s'ils sont nommés (N) ou donnés (D).</p> <p>1) balle 2) poupée.....</p> <p>3) voiture..... 4) petite cuiller.....</p> <p>5) lunettes..... 6) bouton.....</p> <p>7) cheval 8) montre.....</p> <p>9) crayon 10) mouton.....</p>	
110	14	S19	Montre du doigt ce qui l'intéresse.....	

N° d'item	Mois	Domaine	Observations
120	17	S21	<p><u>Brosse à cheveux, grande tasse, grande cuiller</u></p> <p>Fait boire l'adulte.....</p> <p>Fait manger l'adulte.....</p> <p>coiffe l'adulte.....</p>
129	20	S22	<p><u>Grande poupée, chaise, brosse à cheveux, tasse (dinettes)</u></p> <p>Exécute des instructions :</p> <p>asseoir la poupée.....</p> <p>donner à boire à la poupée.....</p> <p>brosser les cheveux de la poupée.....</p>
149	30	S25	<p><u>Petite poupée, grande tasse, feuille de papier</u></p> <p>Comprend 2 prépositions :</p> <p>- dans</p> <p>- sur</p> <p>- derrière</p> <p>- devant</p> <p>- dessous</p>

Les items suivants sont posés en question à la mère, les réponses viendront compléter les observations de l'enfant déjà effectuées au cours de l'examen.

QUESTIONS			
8	2	L2	<p>LANGAGE</p> <p>Vocalise deux sons différents ou fait des vocalisations prolongées (jase).....</p>
29	4	L5	<p>Exprime de façon différente plaisir, déplaisir, colère ou pousse des cris de joie.....</p>
36	5	L6	<p>Rit et vocalise en manipulant ses jouets</p>
37	5	L7	<p>Montre de l'intérêt aux bruits extérieurs (musique, aboiements, taper, etc...)</p>



N° d'item	Mois	Domaine		Observations
48	6	L8	Fait des roulades, ou vocalise quatre sons différents.....	
58	7	L10	Utilise des émissions vocales, des gestes ou crie pour attirer l'attention.....	
68	8	L11	Vocalise plusieurs syllabes bien définies.....	
69	8	L12	Réagit à certains mots familiers.....	
78	9	L13	Emet des syllabes redoublées.....	
88	10	L14	Dit un mot de deux syllabes.....	
98	12	L15	Secoue la tête pour dire "non".....	
99	12	L16	Jargonne de manière expressive.....	
108	14	L17	Utilise des onomatopées qui font office de mots.....	
117	17	L19	Dit cinq mots.....	
128	20	L23	Fait des phrases de deux mots.....	
138	24	L26	Fait des phrases de trois mots.....	
139	24	L27	Utilise son prénom quand il parle de lui-même ou d'un objet qui lui appartient.....	
148	30	L30	Utilise un des pronoms "je, tu, il, elle" (préciser lequel).....	
SOCIABILITÉ				
18	3	S3	S'anime aux préparatifs du repas (biberon ou tétée).....	
19	3	S4	Rit aux éclats.....	
39	5	S8	Répond négativement ou crie quand la personne qui s'occupe de lui s'éloigne.....	
79	9	S14	Comprend une défense.....	
80	9	S15	Prend des morceaux avec les doigts dans son assiette, ou boit seul son biberon en le tenant, ou boit au verre si on lui maintient.....	
90	10	S17	Recommence à faire des mimiques qui ont fait rire.....	
100	12	S18	Se prête activement à l'habillage par l'adulte (par exemple, donne sa main ou son pied)....	
119	17	S20	Boit seul à la timbale et mange seul à la cuiller.....	
130	20	S23	Joue à faire semblant (imitation différée).....	
140	24	S24	Lave ses mains et essaie de les essuyer.....	
150	30	S26	Enfile seul ses chaussons ou ses chaussettes.....	

Observations et résumé du comportement durant l'examen

Area with horizontal dotted lines for writing observations and a summary of behavior during the exam.

46004010 - 06/2007



BLR

Feuille de niveau

Brunet-Lézine Révisé

Echelle de développement psychomoteur de la première enfance

Nom, prénom.....

Sexe.....

Examineur.....

	Année	Mois	Jour
Date de l'examen			
Date de naissance			
Age réel			
Ajustement si prématurité			
Age réel ou corrigé exprimé en mois ou en jours			

	P	C	L	S	Global
Nombre de points					
AD en mois					
AD en jours					
QD					

Echelles	P	C	L	S	Global
QD					
160					
150					
140					
130					
120					
110					
100					
90					
80					
70					
60					
50					
40					
30					

NOTATION et PROFIL

MOIS	P		C		L		S	
	Pts	Items	Pts	Items	Pts	Items	Pts	Items
30	72		104		73		51	
	66		98		67		45	
			92		61			
24	60		86		55		39	
	56		82		51			
			78		47			
20	52		74		39		35	
	49		71		36		32	
			68		33			
17	46		65		30		29	
	43		62		27		26	
			59					
14	40		53		24			
	38		51		22		23	
			49					
12	36		43		20			
	34		41		18		21	
	32		39					
10	30		35		16		19	
	29		34				18	
	28		33					
9	27		31		15		17	
	26		30				16	
	25		29					
8	24		27		14			
	23		26		13		15	
	22		25					
7	21		23				14	
	20		22		12		13	
	19		21					
6	17		20		11			
	16		19		10		12	
	15		18					
5	14		16		9		11	
	13		15		8		10	
			14				9	
4	12		13		7			
	11		12		6		8	
	10		11					
3	9		9				7	
	8		8		5		6	
	7		7				5	
2	6		6		4		4	
	5		5		3		3	
	4		4					
1	1 mois		1 mois		1 mois		1 mois	

N°	item		Réussite ou échec
2 MOIS			
1	P1	Couché sur le ventre, soulève la tête et les épaules	
2	P2	Retient la tête bien droite quand on exerce une traction sur ses avant-bras	
3	P3	Se retourne du côté sur le dos	
4	C1	Suit des yeux une personne qui se déplace	
5	C2	Suit des yeux l'anneau d'un côté à l'autre	
6	C3	Assis, tourne la tête pour suivre un objet qui disparaît lentement	
7	L1	Répond à la voix par immobilisation	
8	L2	Vocalise deux sons différents ou fait des vocalisations prolongées (jase)	
9	S1	Sourit à l'examineur en réponse à son sourire accompagné de paroles	
10	S2	Réaction d'animation quand on s'approche de lui	
3 MOIS			
11	P4	En position assise, maintient la tête bien droite, sans osciller	
12	P5	Couché sur le ventre, s'appuie sur ses avant-bras	
13	P6	Soulève la tête et les épaules quand on l'amène en position assise	
14	C4	Regarde le cube posé sur la table	
15	C5	Couché sur le dos, tient fermement le hochet d'un mouvement involontaire	
16	C6	Joue avec ses mains, les examine	
17	L3	Vocalise quand l'examineur lui parle et lui sourit	
18	S3	S'anime aux préparatifs du repas (biberon ou tétée)	
19	S4	Rit aux éclats	
20	S5	A conscience de la nouveauté d'une situation	
4 MOIS			
21	P7	Couché sur le ventre, garde les jambes en extension	
22	P8	Couché sur le dos, mouvements dirigés pour se débarrasser de la serviette posée sur sa tête	
23	P9	Tient assis avec un léger soutien	
24	C7	Regarde la pastille posée sur la table	
25	C8	Couché sur le dos, secoue le hochet placé dans sa main en le regardant	
26	C9	Couché sur le dos, fait des mouvements de préhension dirigés vers l'anneau	
27	C10	Saisit un cube au contact	
28	L4	Tourne la tête immédiatement pour regarder la personne qui parle	
29	L5	Exprime de façon différente plaisir, déplaisir, colère ou pousse des cris de joie	
30	S6	Participe à des jeux corporels	
5 MOIS			
31	P10	Couché sur le dos, explore ses jambes et ses genoux	
32	P11	Debout, tenu sous les bras, supporte une partie de son poids	
33	C11	Tient un cube placé dans sa main et regarde le deuxième	
34	C12	Tend la main vers l'objet qu'on lui offre	
35	C13	Assis, saisit d'une main l'anneau balancé devant lui	
36	L6	Rit et vocalise en manipulant ses jouets	
37	L7	Montre de l'intérêt aux bruits extérieurs (musique, aboiements, taper, etc.)	
38	S7	Sourit au miroir	
39	S8	Répond négativement ou crie quand la personne qui s'occupe de lui s'éloigne	
40	S9	Différencie nettement les visages familiers des étrangers	
6 MOIS			
41	P12	Couché sur le dos, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête	
42	P13	Couché sur le dos, prend ses pieds dans ses mains	
43	P14	Se soulève jusqu'à la position assise quand on exerce une traction sur ses avant-bras	
44	C14	Enlève le cube de la table à sa vue	
45	C15	Tient deux cubes, un dans chaque main, et regarde le troisième	
46	C16	Saisit la pastille en ratissant	
47	C17	Soulève par l'anse la tasse retournée	
48	L8	Fait des roulades ou vocalise quatre sons différents	
49	L9	Réagit immédiatement à l'appel de son nom	
50	S10	Regarde ce que regarde l'adulte si celui-ci montre du doigt	



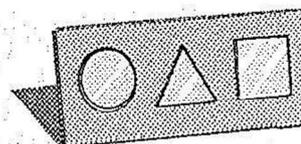
N°	item		Réussite ou échec
7 MOIS			
51	P15	Tient assis brièvement sans soutien (dix secondes environ)	
52	P16	Assis avec soutien, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête	
53	P17	Fait des efforts de déplacement, se hisse sur les genoux, pousse avec les bras	
54	P18	Porte ses pieds à sa bouche	
55	C18	Saisit deux cubes, un dans chaque main	
56	C19	Cherche la cuiller tombée	
57	C20	Examine la clochette avec intérêt	
58	L10	Utilise des émissions vocales, des gestes, ou crie pour attirer l'attention	
59	S11	Participe activement au jeu de «coucou»	
60	S12	Joue à jeter ses jouets	
8 MOIS			
61	P19	Couché sur le ventre, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête	
62	P20	Se retourne du dos sur le ventre	
63	P21	Assis sans soutien, se débarrasse de la serviette posée sur sa tête	
64	C21	Saisit la pastille avec la participation du pouce	
65	C22	Joue à frapper deux objets	
66	C23	Attire l'anneau vers lui en se servant de la ficelle	
67	C24	Fait sonner la clochette	
68	L11	Vocalise plusieurs syllabes bien définies	
69	L12	Réagit à certains mots familiers	
70	S13	Manifeste quand on met un objet hors de sa portée	
9 MOIS			
71	P22	Mouvements nets de déplacements	
72	P23	Se tient debout avec appui	
73	P24	Soutenu sous les bras, fait des mouvements de marche	
74	C25	Accepte le troisième cube en lâchant un des deux qu'il tient déjà	
75	C26	Saisit la pastille entre le pouce et l'index	
76	C27	Retrouve le jouet sous la serviette	
77	C28	Retire le rond de la planchette	
78	L13	Emet des syllabes redoublées	
79	S14	Comprend une défense	
80	S15	Prend des morceaux avec les doigts dans son assiette, ou boit seul son biberon en le tenant, ou boit au verre si on lui maintient (une réussite sur trois)	
10 MOIS			
81	P25	Passe seul de la position couchée à la position assise	
82	P26	Placé debout avec appui, lève un pied et le repose	
83	P27	Passe de la station assise à la station debout en utilisant un appui	
84	C29	Soulève par l'anse la tasse retournée et saisit le cube ou le jouet caché	
85	C30	Met un cube dans la tasse ou le retire	
86	C31	Cherche la pastille à travers le flacon	
87	C32	Cherche le battant de la clochette	
88	L14	Dit un mot de deux syllabes	
89	S16	Regarde ce que l'adulte regarde sans que celui-ci montre du doigt	
90	S17	Recommence à faire les mimiques qui ont fait rire	
12 MOIS			
91	P28	Passe de la station debout à la station assise sans se laisser tomber	
92	P29	Marche avec aide quand on lui tient la main	
93	P30	Tient debout seul quelques secondes sans appui (trois secondes)	
94	C33	Prend le troisième cube, ou essaie de le prendre, en gardant les deux qu'il tient déjà	
95	C34	Lâche un cube dans la tasse	
96	C35	Remet le rond dans son trou sur la planchette	
97	C36	Gribouille faiblement sur démonstration	
98	L15	Secoue la tête pour dire «non»	
99	L16	Jargonne de manière expressive	
100	S18	Se prête activement à l'habillage par l'adulte (par exemple, donne sa main ou son pied)	

N°	item		Réussite ou échec
14 MOIS			
101	P31	Marche seul couramment	
102	P32	Monte à quatre pattes un escalier	
103	C37	Fait une tour de deux cubes	
104	C38	Remplit la tasse de cubes (au moins cinq cubes)	
105	C39	Introduit la pastille dans le flacon	
106	C40	Place le rond dans son trou sur ordre	
107	C41	Fait un gribouillage sur ordre	
108	L17	Utilise des onomatopées qui font office de mots	
109	L18	Identifie un objet (sur cinq objets présentés)	
110	S19	Montre du doigt ce qui l'intéresse	
17 MOIS			
111	P33	Marche à reculons	
112	P34	Pousse du pied le ballon	
113	C42	Fait une tour de trois cubes	
114	C43	Tourne les pages du livre	
115	C44	Retire la pastille du flacon	
116	C45	S'adapte au retournement de la planchette pour le rond	
117	L19	Dit cinq mots	
118	L20	Identifie trois objets	
119	S20	Boit seul à la timbale et mange seul à la cuiller (deux réussites sur deux)	
120	S21	Fait boire, fait manger ou coiffe l'adulte (deux réussites sur trois)	
20 MOIS			
121	P35	Donne un coup de pied dans le ballon après démonstration	
122	P36	Court avec des mouvements coordonnés	
123	C46	Fait une tour de cinq cubes	
124	C47	Utilise sa main pour maintenir le papier quand on lui demande de gribouiller	
125	C48	Place les trois morceaux sur la planchette	
126	L21	Nomme deux ou montre quatre images (planche 1)	
127	L22	Identifie quatre objets	
128	L23	Fait des phrases de deux mots	
129	S22	Exécute des instructions : asseoir la poupée, lui donner à boire, la brosser (deux réussites sur trois)	
130	S23	Joue à faire semblant (imitation différée)	
24 MOIS			
131	P37	Donne un coup de pied dans le ballon sur ordre	
132	P38	Se tient sur un pied avec aide	
133	C49	Aligne les cubes pour imiter le train	
134	C50	Imite un trait sans direction observée	
135	C51	S'adapte au retournement de la planchette pour les trois morceaux	
136	L24	Nomme six images (planches 1 et 2)	
137	L25	Identifie huit objets ou en nomme quatre	
138	L26	Fait des phrases de trois mots	
139	L27	Utilise son prénom quand il parle de lui-même ou d'un objet qui lui appartient	
140	S24	Lave ses mains et essaie de les essuyer	
30 MOIS			
141	P39	Monte l'escalier seul en alternant les pieds	
142	P40	Se tient sur un pied sans aide	
143	C52	Fait un mur avec quatre cubes	
144	C53	Fait une tour de huit cubes	
145	C54	Imite un trait horizontal et un trait vertical	
146	L28	Nomme dix images (planches 1 et 2)	
147	L29	Nomme huit objets ou plus	
148	L30	Utilise un des pronoms «je, tu, il, elle»	
149	S25	Comprend deux prépositions : «dans», «sur», «derrière», «devant», «dessous»	
150	S26	Enfile seul ses chaussons ou ses chaussettes	



Liste du matériel inclus dans la mallette

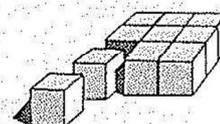
Planchette à encastrer (rond-triangle-carré)



Clochette



Ensemble de 12 cubes en bois



Cuiller à café



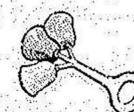
Crayon rouge



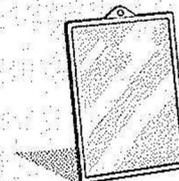
Pastilles



Hochet



Miroir



Ballon (grosse balle en plastique)



(suite)

Livre d'images



Jouet à tirer



Poupée



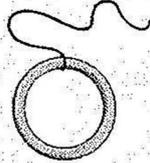
Petite chaise



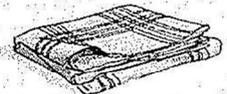
Grande tasse



Anneau



Serviette



Flacon en verre



Petite brosse à cheveux

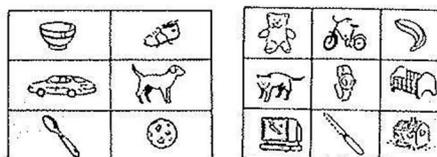


Petite tasse en plastique



(suite)

2 planches d'images



Petite balle en mousse



Petite poupée



Voiture



Petite cuiller (de dînette)



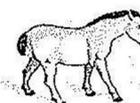
Lunettes



Bouton



Cheval



Montre



Mouton



Crayon bleu



Tableau 4 2
Conversion des points en âges de développement partiels

Mois	P			C			L			S		
	Points	AD en mois et jours	AD en jours	Points	AD en mois et jours	AD en jours	Points	AD en mois et jours	AD en jours	Points	AD en mois et jours	AD en jours
30 ^e	72 66	30 27	900 810	104 98 92	30 28 26	900 840 780	73 67 61	30 28 26	900 840 780	51 45	30 27	900 810
24 ^e	60 56	24 22	720 660	86 82 78	24 22;20 21;10	720 680 640	55 51 47 43	24 23 22 21	720 680 640 630	39	24	720
20 ^e	52 49	20 18;15	600 555	74 71 68	20 19 18	600 570 540	39 36 33	20 19 18	600 570 540	35 32	20 18;15	600 555
17 ^e	46 43	17 15;15	510 465	65 62 59 56	17 16;6 15;14 14;22	510 486 464 442	30 27	17 15;15	510 465	29 26	17 15;15	510 525
14 ^e	40 38	14 13	420 390	53 51 49 47 45	14 13;18 13;6 12;24 12;12	420 408 396 384 372	24 22	14 13	420 390	23	14	420
12 ^e	36 34 32	12 11;10 10;20	360 340 420	43 41 39 37	12 11;15 11 10;15	360 345 330 315	20 18	12 11	360 330	21	12	360
10 ^e	30 29 28	10 9;20 9;10	300 290 280	35 34 33 32	10 9;21 9;14 9;7	300 291 284 277	16	10	300	19 18	10 9;15	300 285
9 ^e	27 26 25	9 8;20 8;10	270 260 250	31 30 29 28	9 8;21 8;14 8;7	270 261 254 247	15	9	270	17 16	9 8;15	270 255
8 ^e	24 23 22	8 7;20 7;10	240 230 220	27 26 25 24	8 7;21 7;14 7;7	240 231 224 217	14 13	8 7;15	240 225	15	8	240
7 ^e	21 20 19 18	7 6;21 6;14 6;7	210 201 194 187	23 22 21	7 6;20 6;10	210 200 190	12	7	210	14 13	7 6;15	210 195
6 ^e	17 16 15	6 5;20 5;10	180 170 160	20 19 18 17	6 5;21 5;14 5;7	180 172 164 157	11 10	6 5;15	180 165	12	6	180
5 ^e	14 13	5 4;15	150 135	16 15 14	5 4;20	150 140 130	9 8	5 4;15	150 135	11 10 9	5 4;20 4;10	150 140 130
4 ^e	12 11 10	4 3;20 3;10	120 110 100	13 12 11 10	4 3;21 3;14 3;7	120 111 104 97	7 6	4 3;15	120 105	8	4	120
3 ^e	9 8 7	3 2;20 2;10	90 80 70	9 8 7	3 2;20 2;10	90 70	5	3	90	7 6 5	3 2;20 2;10	90 80 70
2 ^e	6 5 4	2 1;20 1;10	60 50 40	5 4	2 1;20 1;10	60 50 40	4 3	2 1;15	60 45	4 3	2 1;15	60 45

Tableau 4 3
Conversion du nombre total des points en âges de développement globaux

Points	Age en mois	Age en jours	Points	Age en mois	Age en jours	Points	Age en mois	Age en jours	Points	Age en mois	Age en jours
2	0:06	6	42	4:06	126	79	7:27	237	116	11:18	348
4	0:12	12	43	4:09	129	80	8:00	240	117	11:21	351
6	0:18	18	44	4:12	132	81	8:03	243	118	11:24	354
8	0:24	24	45	4:15	135	82	8:06	246	119	11:27	367
9	0:27	27	46	4:18	138	83	8:09	249	120	12:00	360
10	1:00	30	47	4:21	141	84	8:12	252	121	12:03	363
11	1:03	33	48	4:24	144	85	8:15	255	122	12:06	366
12	1:06	36	49	4:27	147	86	8:18	258	123	12:09	369
13	1:09	39	50	5:00	150	87	8:21	261	124	12:12	372
14	1:12	42	51	5:03	153	88	8:24	264	125	12:15	375
15	1:15	45	52	5:06	156	89	8:27	267	126	12:18	378
16	1:18	48	53	5:09	159	90	9:00	270	127	12:21	381
17	1:21	51	54	5:12	162	91	9:03	273	128	12:24	384
18	1:24	54	55	5:15	165	92	9:06	276	129	12:27	386
19	1:27	57	56	5:18	168	93	9:09	279	130	13:00	390
20	2:00	60	57	5:21	171	94	9:12	282	131	13:03	393
21	2:03	63	58	5:24	174	95	9:15	285	132	13:06	396
22	2:06	66	59	5:27	177	96	9:18	288	133	13:09	399
23	2:09	69	60	6:00	180	97	9:21	291	134	13:12	402
24	2:12	72	61	6:03	183	98	9:24	294	135	13:15	405
25	2:15	75	62	6:06	186	99	9:27	297	136	13:18	408
26	2:18	78	63	6:09	189	100	10:00	300	137	13:21	411
27	2:21	81	64	6:12	192	101	10:03	303	138	13:24	414
28	2:24	84	65	6:15	195	102	10:06	306	139	13:27	417
29	2:27	87	66	6:18	198	103	10:09	309	140	14:00	420
30	3:00	90	67	6:21	201	104	10:12	312	141	14:03	423
31	3:03	93	68	6:24	204	105	10:15	315	142	14:06	426
32	3:06	96	69	6:27	207	106	10:18	318	143	14:09	429
33	3:09	99	70	7:00	210	107	10:21	321	144	14:12	432
34	3:12	102	71	7:03	213	108	10:24	324	145	14:15	435
35	3:15	105	72	7:06	216	109	10:27	327	146	14:18	438
36	3:18	108	73	7:09	219	110	11:00	330	147	14:21	441
37	3:21	111	74	7:12	222	111	11:03	333	148	14:24	444
38	3:24	114	75	7:15	225	112	11:06	336	149	14:27	447
39	3:27	117	76	7:18	228	113	11:09	339	150	15:00	450
40	4:00	120	77	7:21	231	114	11:12	342	151	15:03	453
41	4:03	123	78	7:24	234	115	11:15	345	152	15:06	456

(suite)

Points	Age en mois	Age en jours	Points	Age en mois	Age en jours	Points	Age en mois	Age en jours	Points	Age en mois	Age en jours
153	15:09	459	190	19:00	570	227	22:21	681	264	26:12	792
154	15:12	482	191	19:03	573	228	22:24	684	265	26:15	795
155	15:15	465	192	19:06	576	229	22:27	687	266	26:18	798
156	15:18	468	193	19:09	579	230	23:00	690	267	26:21	801
157	15:21	471	194	19:12	582	231	23:03	693	268	26:24	804
158	15:24	474	195	19:15	585	232	23:06	696	269	26:27	807
159	15:27	477	196	19:18	588	233	23:09	699	270	27:00	810
160	16:00	480	197	19:21	591	234	23:12	702	271	27:03	813
161	16:03	483	198	19:24	594	235	23:15	705	272	27:06	816
162	16:06	486	199	19:27	597	236	23:18	708	273	27:09	819
163	16:09	489	200	20:00	600	237	23:21	711	274	27:12	822
164	16:12	492	201	20:03	603	238	23:24	714	275	27:15	825
165	16:15	495	202	20:06	606	239	23:27	717	276	27:18	828
166	16:18	498	203	20:09	609	240	24:00	720	277	27:21	831
167	16:21	501	204	20:12	612	241	24:03	723	278	27:24	834
168	16:24	504	205	20:15	615	242	24:06	726	279	27:27	837
169	16:27	507	206	20:18	618	243	24:09	729	280	28:00	840
170	17:00	510	207	20:21	621	244	24:12	732	281	28:03	843
171	17:03	513	208	20:24	624	245	24:15	735	282	28:06	846
172	17:06	516	209	20:27	627	246	24:18	738	283	28:09	849
173	17:09	519	210	21:00	630	247	24:21	741	284	28:12	852
174	17:12	522	211	21:03	633	428	24:24	744	285	28:15	855
175	17:15	525	212	21:06	636	249	24:27	747	286	28:18	858
176	17:18	528	213	21:09	639	250	25:00	750	287	28:21	861
177	17:21	531	214	21:12	642	251	25:03	753	288	28:24	864
178	17:24	534	215	21:15	645	252	25:06	756	289	28:27	867
179	17:27	537	216	21:18	648	253	25:09	759	290	29:00	870
180	18:00	540	217	21:21	651	254	25:12	762	291	29:03	873
181	18:03	543	218	21:24	654	255	25:15	765	292	29:06	876
182	18:06	546	219	21:27	657	256	25:18	768	293	29:09	879
183	18:09	549	220	22:00	660	257	25:21	771	294	29:12	881
184	18:12	552	221	22:03	663	258	25:24	774	295	29:15	885
185	18:15	555	222	22:06	666	259	25:27	777	296	29:18	888
186	18:18	558	223	22:09	669	260	26:00	780	297	29:21	891
187	18:21	561	224	22:12	672	261	26:03	783	298	29:24	894
188	18:24	564	225	22:15	675	262	26:06	786	299	29:27	897
189	18:27	567	226	22:18	678	263	26:09	789	300	30:00	900