



جامعة بجاية
Tasdawit n' Bgayet
Université de Béjaïa

UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA.

Faculté des Sciences Humaines & Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme en Psychologie

Option : Développement & Handicap

Thème

LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF CHEZ LES ENFANTS

infirme motrice cérébrale « IMC »

AGEES DE 04 A 12 ANS

Étude de 4 cas réalisés au centre psychopédagogique

des handicapés à SOUK EL TENNINE

Présenté par :

M^{me} ZEMOUR Amira

M^{lle} TATAR Lydia

Dirigée par

M^{me} DOUAKH Alima

Année 2015-2016

REMERCIEMENT

C'est avec un grand plaisir qu'on réserve ces lignes en signe de gratitude et reconnaissance à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

On remercié d'abord le dieu de nous avoir donné le courage et la force d'accomplir ce modeste travail.

On remercié ma promotrice : M^{me} Douakh pour sa disponibilité, ces nombreux conseils, son aide à chaque fois que la sollicite et ces critiques constructives à l'égard de ce mémoire.

Et l'ensemble du personnel et tous les travailleurs du centre « psychopédagogique des handicapés ».

A tous ceux qui nous a aidés à réaliser ce modeste travail, qu'ils trouvent ici notre profonde gratitude.

Lydia et Amira

Table de matières

Introduction	
I- La problématique.....	01
II- Les hypothèses.....	05
III- L'objectif de l'étude.....	06
IV- Les difficultés de la recherche.....	06
V- Définition des variables	07

Partie théorique

Chapitre I : Le développement affectif.

Introduction.....	07
1. Définition.....	07
2. Les conditions du développement affectif.....	08
2.1. L'équipement Neurologique de Base.....	08
2.2. Les modalités sensorielles.....	12
3. Les étapes du développement affectif.....	16
3.1. De 0 à 3 mois.....	16
3.2. De 3 à 6 mois	19
3.3. De 6 à 12 mois.....	21
3.4. De 12 à 24 mois.....	23
3.5. De 2ans à 7 ans.....	26
3.6. De 7ans à 12 ans.....	34
3.7. De 12 ans et plus.....	35
4. Les interactions {adulte-enfant}.....	38
4.1. Les moyens mis en œuvre dans les interactions.....	38
4.2. Les interactions affectives (mère-bébé).....	41
Conclusion de chapitre.....	41

Chapitre II : le développement psychomoteur

Introduction.....	40
I. La psychomotricité.....	40
1. Définition.....	40
2. Aperçu historique.....	41
3. La psyché et le corps.....	43
3.1. La psyché.....	43
3.2. Le corps.....	43
4. Le nouage du corps et la motricité.....	45
5. Les différents aspects de la psychomotricité.....	46
II. Les lois et les étapes de développement psychomoteur.....	49
1. Les lois de développement psychomoteur.....	49
1.1. La loi de la différenciation.....	49
1.2. La loi céphalo-caudale de coghill.....	49
1.3. La loiproximo-distale.....	49
2. Les principales étapes du développement psychomoteur.....	50
2.1. La motricité prénatale.....	50
2.2. La motricité à la naissance.....	50
2.3. À deux mois.....	54
2.4. À trois mois.....	55
2.5. A quatre mois.....	56
2.6. A cinq mois.....	56
2.7. A six mois.....	57
2.8. A sept mois.....	58
2.9. A huit mois.....	59
2.10. A neuf mois.....	59
2.11. A dix mois.....	60
2.12. A onze et douze mois.....	61

2.13. A quinze mois	62
2.14. A dix-huit mois.....	62
2.15. A deux ans.....	63
2.16. A trois ans	65
2.17. A quatre ans.....	65
2.18. A cinq ans.....	66
2.19. A six ans.....	66
3. Le bilan psychomoteur.....	67
3.1. L'entretien.....	67
3.2. L'épreuve.....	68
4. la prise en charge en psychomotricité.....	76
Conclusion de chapitre.....	77
 Chapitre III : Infirmité motrice cérébrale	
Introduction.....	78
1. Le système nerveux central.....	78
1.1. L'anatomie du SNC.	78
1.2. La physiologie du SNC.	80
2. Les facteurs affectant la croissance	85
2.1. Les facteurs internes.....	85
2.2. Les facteurs externes.....	87
3. L'infirmité motrice cérébrale (I.M.C)	90
1. Généralité.....	90
2. Révélation et description des troubles.....	91
2.1. La révélation {comment se manifeste-t-elle ?}.....	91
2.1.1. Les premiers signes.....	91
2.1.2. Un peu plus tard.....	91
2.1.3. Chez les enfants nés prématurément.....	91
2.2. La description des troubles (types).....	92

2.2.1. En fonction de la nature du trouble dominant.....	92
2.2.2. En fonction de l'atteinte motrice dominante.....	93
3. Les causes et les troubles associés.....	94
3.1. Les cause.....	94
3.2. Les troubles associés	95
4. la prise en charge.....	98
Conclusion de chapitre.....	99

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Introduction.....	100
1. les étapes de la recherche	100
1.1- la pré-enquête.....	100
1.2- Présentation de lieu de recherche.....	101
2- la méthode de la recherche	107
3-Critère et présentation de groupe de recherche.....	107
3.1- les critères de sélection de notre groupe de recherche.....	107
3.2- les caractéristiques de groupe de recherche	107
4- Les outils de la recherche.....	108
4.1- L'observation.....	109
4.2 - L'entretien clinique de recherche.....	109
4.3 - Le test projectif Patte Noir.....	110
4.3 1 Fondements théoriques et méthodologiques.....	110
4.3 2 Modalité d'utilisation.....	118
4.3.3 Dépouillement des épreuves thématiques verbales.....	120
Conclusion de chapitre	121

Chapitre V : Présentation, Analyse Et discussions des hypothèses

Introduction	122
1- Présentation et analyse des cas	122
1.1 Présentation du cas N°1.....	122
1.2 Présentation de cas N°2.....	137
1.3 Présentation de cas N°3.....	153
1.4 Présentation de cas N°4.....	169
2. Discussion des hypothèses	185
Conclusion générale.....	188
Bibliographie	
Annexes	

Liste des tableaux

N° de tableau	Titre de tableau	Page
N°1	Représentation les effets de la prématurité sur le développement des enfants.	86
N°2	Répartition des classes selon les objectifs.	106
N°3	Représentation des caractéristiques de groupe de recherche.	108
N°4	Représentation des procédés sur le plan quantitatif de Samir.	126
N°5	Représentation des procédés sur le plan quantitatif de Melissa.	142
N°6	Représentation des procédés sur le plan quantitatif de chaima.	157
N°7	Représentation des procédés sur le plan quantitatif de Baya.	173
N°8	Représentation quantitative des procédés présentés dans les protocoles des quatre cas.	184

Introduction

L'étude de la vie affective qui organise les comportements, les conduites relationnelles, à été largement éclairée par les apports de la psychanalyse.

Avant d'exister physiquement l'enfant existe potentiellement dans la relation à l'intérieure du couple, dans l'imagination des futures parents. Ceci est particulièrement vrai si l'enfant est désiré, dans ces conditions il est même permis d'affirmer qu'il existe avant la grossesse, cependant si l'enfant n'est pas désiré au début de la grossesse le désir peut naitre ensuite, si cela ne se produit pas l'enfant risque d'être victime de troubles psychologique au cours de son développement.

Au tout début de sa vie et de son histoire, l'enfant se trouve dans un état de grande dépendance par rapport à son entourage affectif qui lui offre le bain émotionnel, dans lequel il va commencer à grandir, ce sont les soins maternels qui vont permettre de prévenir les distorsions précoces en offrant à l'enfant un environnement favorable pour son développement.

Progressivement au cours des soins de maternage, l'enfant va émerger et découvrir petit à petit ce qui est lui et ce qui est hors de lui, il va prendre conscience que la tension créée par le manque nait à l'intérieure de lui-même, alors que la satisfaction vient du dehors, apportée par la mère dont il a une reconnaissance vécu à la perception sensorielle de sa voix, son touché, et de son odeur.

L'affectivité et l'identité s'élaborent et s'organisent à travers l'ensemble des liens, des échanges et des relations que l'être humain entretient avec son environnement physique, psychologique, familial et social, toute rencontre, toute relation est dès lors à envisager comme un déterminant indispensable au devenir et au bien-être de l'individu.

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

Totalement à la merci de son environnement, le tout petit enfant a aussi besoin d'un accompagnement patient, compréhensible, bienveillant,

qu'autorise, approuve suscite les expériences et qui peu à peu, par strates successives, le conduiront vers des actes réfléchis et autonome.

Mais le plus souvent La présence d'un enfant handicapé provoque des changements dans une famille et peut être une source de tensions et de stress, pour les parents la situation se traduit soit par une croissance personnelle, soit par une insatisfaction, ou une inadaptation pouvant influencer leurs vie personnelle, conjugale, familiale et sociale.

La naissance de l'enfant handicapé déclenche chez les parents toute une série d'émotions, de sentiments, de comportements et d'attitudes.

Dans notre recherche on va mettre la lumière sur la question de développement affectif chez les enfants(IMC).

Ce présent travail se compose de deux parties complémentaires, une première partie théorique, et une autre pratique.

On a commencé par une introduction, et nous avons présenté la problématique et les hypothèses de notre recherche.

I) La partie théorique : contient trois chapitres :

Premier chapitre : ce chapitre est consacré au développement affectif, il explique les conditions du développement affectif, les étapes de développement et les interactions (adulte-enfant).

Deuxième chapitre : ce chapitre est consacré au développement psychomoteur, il explique la psychomotricité, les lois et les étapes de développement psychomoteur, le bilan psychomoteur et la prise en charge en psychomotricité.

Troisième chapitre : dans ce troisième chapitre nous avons exposé le système nerveux central et expliqué l'infirmité motrice cérébrale, où on a parlé de l'anatomie, physiologie du(SNC) et les facteurs affectant la croissance.

Concernant l'infirmité motrice cérébrale, on a commencé par de généralité, les signes de cette maladie, puis on a décrit ses types et ses causes, troubles associés et la prise en charge.

II) La partie pratique :

Concernant la partie méthodologique nous l'avons incluse dans la partie pratique de la recherche. La démarche clinique a été privilégiée par le recours à l'outil le plus couramment usité, à savoir un entretien clinique semi-directif avec leurs mères, et le test projectif **PN** de L. Corman.

Ensuite dans la seconde partie nous avons procédé à l'exposition des données de l'entretien, et l'analyse de l'épreuve thématique **PN**, suivi de l'analyse et discussion des hypothèses.

Nous avons clôturé notre recherche avec une conclusion et la liste bibliographique.

Problématique & hypothèse

Problématique

La psychologie de l'enfant vise à apprendre l'enfant dans sa globalité, elle se trouve donc au croisement de différents champs d'étude, du registre biologique, social et psychologique, elle devient la recherche fondamentale sur l'enfant est actuellement en pleine expansion. En pratique sous l'angle d'une pratique, la psychologie de l'enfant a pour objet d'étude l'enfant dans son milieu, dans ses comportements propres (premiers reflexes à la naissance) et dans ses interactions avec les éléments du monde extérieur études des relations mère-enfant.

les enfants qui se trouvent dans un environnement physique et social qui répond de façon ajusté à la mise en œuvre de ses capacités en lui fournissant des stimulations adapté à la fois à son niveau actuel et à un niveau un peu plus élevé pour le faire progressé, l'enfant seul n'existe pas, il est indissociable de l'environnement dans lequel il se développe et qui change en même temps que lui.(Catherine. T, 2008, p128).

Au cours de la période de la petite enfance, l'enfant se développe sur plusieurs plans, cognitif, psychomoteur, affectif, il existe plusieurs des aspects en développement et d'important chevauchement entre eux, ces derniers rend possible la permanence de l'objet ainsi que le développement de la fonction symbolique , l'enfant commence l'imitation de quelques vocalisations, puis mot-phrase, peu après désigne les sujets de ses propositions par des noms, emploie les pronoms « je » et « tu » , puis à la fin de la troisième enfance, enfant possède le vocabulaire usuel.(Dalila. A, 2010, p 96-108).

Le développement affectif permet à l'enfant de comprendre et exprimer les émotions qu'il ressent à mesure qu'il grandit, au fil du temps, l'enfant acquiert de l'assurance et fait preuve de qualités plus profondes, comme la sympathie, la compassion, la résilience, l'affirmation de soi et l'empathie,

Selon « Bowlby » «l'attachement consiste en une interaction –une communication – qui vise à rapprocher la mère et l'enfant elle comporte des

signaux pour attirer et retenir l'attention de la mère crier, appeler, surire, bailler, tendre les bras, des comportements d'approche comme chercher, suivre, se cramponner, sucer.

« Mélanie Klein » souligne qu'à partir de deux, trois mois le bébé sourit lorsqu'un visage humain se présente de face, cet indicateur, le sourire témoigne de la mise en place des premiers rudiments du Moi, et l'établissement de la première relation préobjectale encore indifférenciée. (J. De Ajuriaguerra et all, 1984, P 17-21).

Pour « Spitz », après 6 mois l'enfant ne sourit plus à un plus a n'importe quel visage, tout inconnu l'effraie, il distingue donc bien ses parent puis les personnes amies, des personnes étrangère.

« Winnicott » estime que la mère suffisamment bonne est celle qui est capable de suivre les possibilités de son enfant à faire face à la frustration, ni trop longtemps absente, ni trop possessive ou envahissante. « Freud » montre que le jeu il est mis au service de son affectivité, l'enfant jouera toutes les situations où il est dominé avec l'eau, le sable, la pate modeler, il retrouvera son vécu du stade anal remplissage et vidage de flacons .c'est aussi l'époque des animaux martyrs jeux de sadisme à l'encontre des plus petits, des insectes la fonction du jeux est très important au niveau de l'apprentissage, le plaisir qui lui est lié est un plaisir de maîtrise.

Le Psychomoteur exprime d'emblée que le développement de la motricité est très lié à celui de l'affectivité, au cours de développement s'expriment les progrès en motricité dans le développement intellectuelle et dans le développement socio affectif. On distingue dans ce qui est appelé « motricité » des activités de types segmentaires qui n'impliquent pas de déplacement du corps (actes de lancer, saisir, attraper...) et des activités posturo-locomotrice qui nécessitent un déplacement de l'ensemble du corps et auxquelles néanmoins les segments corporels peuvent apporter une contribution différente mechèle.selon

les réalisations fonctionnelles (reptation, marche, course, saut, acte de grimper...). (Laurence. V. 2004, p 17).

La posture et la motricité du très jeune enfant sont, en outre, en partie soumises aux contraintes de réflexes précoces, citons, à titre d'exemple, le réflexe de recherche ou des points cardinaux (orientation du visage vers une stimulation péribuccale), ou le réflexe tonique asymétrique du cou. La présence puis la disparition des réflexes est un indicateur du développement et de la maturation neurologique du nourrisson. (Jean-Pierre. B, 2009, P19).

Le maintien en position assise va dépendre de plusieurs facteurs du degré de tonicité musculaire des muscles para vertébraux, du positionnement des membres supérieurs et de l'ouverture de l'angle des adducteurs des cuisses c'est la conjonction de tous ces facteurs qui permet l'acquisition de la position assise vers 7 mois, âge auquel l'enfant devient capable de se retourner de la position ventrale à la position dorsale, vers 9/10 mois, l'enfant couché sur le dos peut se mettre assis.

L'acquisition de la station debout passe également par plusieurs étapes, vers 6 mois, si l'on tient l'enfant en position verticale, celui-ci étend ses jambes et prend appui sur ses pieds, vers 9 mois, il est capable de se tenir debout en s'accrochant avec deux mains, le tronc penché vers l'avant et les fesses en arrière, vers 12 mois, il peut tenir debout sans soutien avec le dos droit. (Michèle. G, 2002, P42).

Gesell (1945) considérait le développement moteur comme séquentiel et présentant un ordre immuable pour tous les enfants, dans cette perspective, le développement moteur de l'enfant reflétait directement la maturation du système nerveux central (SNC). Long temps, le non respect du déroulement normal du développement, c'est-à-dire de l'ordre de succession des acquisitions motrices, parut susceptible d'engendrer des dysfonctionnements ultérieurs.

Après l'exposition du développement affectif et psychomoteur normal, il est évident de savoir que l'existence d'une maladie ou un dysfonctionnement

chez l'enfant cela joue un rôle capitale dans l'apparition des enfants en situation handicapante.

Selon la CIH (classification internationale des handicaps) Le handicap était la résultante de trois éléments, L'incapacité qui correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales, et La déficience qui est une perte ou une altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique ou anatomique), et ainsi Le désavantage qui est induit par la déficience et l'incapacité, se manifeste par limitation ou une impossibilité d'accomplir un rôle social normal.

Le handicap moteur résulte de l'atteinte du système nerveux, du squelette ou des muscles, on observe par fois un tonus musculaire normal, des mouvements involontaires ou non coordonnés, ou une limitation de certains mouvements. Ces atteintes sont variables par fois à peine visibles, par fois très invalidantes. Si dans certains cas, elles sont présentes à la naissance, elle peut également le résultat d'un accident ou d'une maladie évolutive. Elles peuvent aussi s'accompagner d'une déficience intellectuelle.

L'infirmité motrice cérébrale se manifeste par des difficultés à exécuter certains mouvements volontaires en raison d'une lésion cérébrale fixée avant ou peu après la naissance, cette lésion n'évolue pas mais ses effets perturbant le développement physique et mental de l'enfant.

Une atteinte du lobe gauche du cerveau va ainsi induire à une hémiplégie affectant la partie droite du corps, tandis qu'une hémorragie (par exemple), lésant la région située entre les hémisphères induit plutôt une diplégie touchant les membres.

Nous avons adopté dans notre recherche la théorie psychanalytique comme arrière-plan théorique, car elle donne une grande importance au développement affectif et psychomoteur chez l'être humain.

Ce qui nous amène à poser la question suivante : est ce que le développement affectif est entravé par un développement psychomoteur altéré ?

Hypothèse

L'altération du développement psychomoteur chez l'enfant (IMC) influence sur son développement affectif.

Les objectifs de la recherche

Notre recherche est une étude clinique de développement affectif chez les enfants (IMC), qui n'a pas fait l'objet de beaucoup d'études.

Notre choix sur ce thème de recherche est un choix personnel ponctué par l'envie de contribuer à la recherche scientifique, et de sensibiliser la population sur les causes de cette maladie qui rend le bébé dans une situation handicapée, car des fois elle est causée par des négligences et les erreurs médicales par le personnel médical ou para médical où les conséquences sont néfastes, même pour sensibiliser les parents afin de les éviter.

Les difficultés de la recherche

- difficulté de trouver les enfants (IMC) qui parlent et sans trouble associés.
- ✓ **Définition des variables**
- ✓ **Définition des concepts**

- **Développement** : ensemble des processus successifs qui, dans un ordre déterminé, conduisent un organisme à sa maturité. (Bloch. H, 2002, P339).
- **Psychomotricité** : ensemble des comportements moteurs envisagés en fonction de leur liaison avec le psychisme. (Bloch. H, 2011, P744)
- **affectivité** : ensemble des réactions psychique de l'individu face au monde extérieur. (Bloch. H, 1999, P35).
- **Infirmité motrice cérébral (IMC)** : désigne un ensemble de trouble permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitation d'activité, imputables à des atteintes non progressives survenues sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. (Patrick. G, 2009, P19).

- ✓ **Opérationnalisation des concepts**
- **développement** : une série d'étapes qui passe l'être humain de sa naissance à la vieillesse.

- **Affectivité** : ensemble des émotions et des sentiments qui éprouve l'être humain dans une situation quelconque.
- **Psychomotricité** : c'est une articulation entre le corps et la psyché, pendant les mouvements. (Sans geste automatique).
- **infirmité motrice cérébrale (IMC)** : c'est un dysfonctionnement cérébral qui engendre des difficultés au niveau de la coordination des mouvements avec troubles associés.

Chapitre I

Le Développement affectif

Préambule

Les notions de développement de l'enfant apparaît à la fin du XIX siècle, lorsque la psychologie va séparer deux champs jusque là confondus celui de la connaissance de l'enfant et celui de son éducation, c'est le développement des vastes enquêtes sur les enfants qui caractérises la fin du XIX siècle.

L'étude de l'affectivité va rencontrer un dernier obstacle à surmonter, avant d'être reconnue comme objet d'étude scientifique à part entière, il lui faut se doter des méthodes et des outils permettant d'atteindre l'objectivité, comme l'observation que vu s'enrichir et évoluer notre compréhension du développement affectif et l'évolution des techniques d'enregistrement du comportement (magnétophone, vidéo), et pour l'étude des compétences du bébé, supports des interactions, de nouvelles méthodes ont été développées à partir de l'analyse, la plus connue est probablement la technique de l'habituation, lorsqu'on présente un stimulus à un bébé.

Aujourd'hui encore la pluralité des références théoriques et des méthodologies doit être rattachée à l'évolution historique de la psychologie, mais aussi à celle des autres sciences ainsi qu'à l'évolution de la société qui accorde une grande importance aux enfants.

1. Les définitions

1.1 Définition du développement

Série d'étapes par les quelles passe d'être vivant pour atteindre son plein épanouissement. Chez l'homme, le développement n'est pas réductible à la seule croissance sous l'influence des conditions physiologiques et socio-affective de nouvelle formes de fonctionnement apparaissent qui conduisent le nourrisson soumis au principe de plaisir (enfermé dans la seule recherche de la satisfaction de se besoins) à l'état d'adulte aux prises avec la réalité, progressivement le comportement redifférencie et l'être humain devient plus indépendant des contingences extérieurs (Norbert Sillamg, 2004, P82).

1.2 Définition de l'affectivité

Ensemble des réactions psychiques de l'individu face au monde extérieur. Les psychologues et les physiologues distinguent « l'affectivité de Base » ou {holothymie} qui recouvre les sentiments vitaux, l'humeur et les émotions et de « l'affectivité organisée et différences » ou {catathymie} qui recouvre manifestations plus complexes telles que les passions et les sentiments sociaux (Didier Casalis *et all*, 1991, P19).

- **Une autre définition**

Le terme « affectivité » a une double signification selon PIERON : c'est « la capacité individuelle à éprouver des sentiment ou des émotions » et « la réaction émotive généralisée ayant des effets définies sur le corps et l'esprit » (Anne Baudie et Bernadette Céleste. 2002. P02).

2. Les conditions du développement affectif

De nombreux chercheurs ont étudié ces différents moyens d'expression qui constituent le répertoire des comportement de base du bébé : leur morphologie, leurs déclenchements,, leurs évolutions, leurs fonctions sont bien connus .On va présenter ces différents moyens, conditions essentielles du développement affectif.

2.1. L'équipement Neurologique de base

2.1.1. La motilité

La posture se caractérise par une grande « hypotonie axiale » (dos mou), et une grande « hypertonie des muscles » fléchisseurs au niveau des membres(bras, jambes pliés).

Toutefois, l'extension des membres s'observe, notamment pendant les périodes de repos, l'hypotonie de l'axe corporel pendant les premiers mois de la vie entraine une dépendance totale de l'enfant à l'égard de l'entourage, puisque non seulement il ne peut pas se déplacer, mais il ne peut même pas changer de posture seule cette incapacité suscite de fréquente prises dans les bras et manipulations par l'adulte.

L'évolution, si elle est la même pour tous les membres de l'espèce humaine, s'accompagne de variations interindividuelles. Ainsi, on distingue des enfants hypertoniques (plus raides, plus actifs et vifs) et des enfants hypotoniques (plus mous, placide) ces deux type d'enfant développent des modalités d'échanges différentes avec l'entourage qui lui-même ne réagit pas de la même manière selon que le bébé est hyper ou hypotonique, le premier, plus remuant sollicite plus les adultes, alors que le seconde est plus observateur cultive d'échange à distance. (Ibid. p59).

2.1.2. Les rythmées

Il s'agit de conduites stéréotypées et répétitives qui concernant différentes parties du corps : ouverture – fermeture de la main, coups de pied, flexion-extension du bras ou de la jambe, roulement de la tette

Leur rôle dans le développement de la motricité n'est pas clair mais il est évident que les rythmées sont prises en compte par les adultes, et influencent leurs interactions avec le bébé. (Ibid. p60).

2.1.3. Les réflexes archaïques

On peut distinguer deux types de réflexes « les réflexes d'adaptation » ce sont qui aident le bébé à suivre dans le monde extérieur, ce sont les réflexes permettant l'alimentation.

« les réflexes des point cardinaux » permet de localiser le sein ou le biberon, si on touche la joue du bébé il tourne la tête en direction de la stimulation, les réflexes de succion qui permet de téter et de déglutition, on met également dans cette catégorie le réflexe d'agrippement, si on met un objet ou le doigt de la main dans la paume d'un nouveau-né, il l'enserme automatiquement, ce réflexe serait un héritage phylogénétique puisqu'on l'observe également chez les jeunes singes qui doivent s'agripper à leur mère quand elle grimpe aux arbres.

(Michel. Cruidette, ibid , P33).

2.1.4. Le tempérament

Aujourd'hui, le tempérament est inclus dans le domaine plus général de la personnalité, il désigne les différences interindividuelles dans des processus psychologique de base constituant les dimensions affections, attentionnelles et réactionnelles de la personnalité et de son développement.

ROTHBART et BATES (1998) définissent le tempérament comme les caractéristiques constitutionnelles d'un individu en matière de réactivité émotionnelle motrice et attentionnelle, ainsi que d'autorégulations, influencées par le patrimoine génétique, la maturation et l'expérience.

A partir des années 50 THOMAS. CHESS et all, ont lancé une étude longitudinale portant sur 133 sujets, suivis de la naissance à l'âge adulte, ils déterminent un ensemble de traits permettant d'établir des différenciations nettes entre enfants.

1. Etablissement des rythmes (faim, veille, sommeil).
2. Réactions d'approche retrait (réaction à un stimulus nouveau).
3. Adaptabilité (adaptation aux stimulations nouvelles).
4. Qualité des émotions.
5. Intensité des réactions émotionnelles.
6. Activité motrice
7. Persistance des capacités d'attention
8. Distractibilité (réaction à l'interférence entre deux stimuli).
9. Seuil de réactivité.

Parmi ces (9) traits, les (5) premiers permettent de situer l'enfant sur un axe {facile-difficile}.

Les auteurs distinguent (3) groupes d'enfants :

1- Les enfants faciles : ils s'adaptent rapidement et facilement aux situations nouvelles, ont des émotions positives en majorité et d'intensité modérée.

2- Les enfants difficiles : leurs rythmes sont irréguliers, les émotions négatives sont intenses, leur adaptation aux changements difficiles.

3- Les enfants lents à réchauffer : ils présentent des réactions de faibles intensités, un faible niveau d'activité, une adaptation lente à la nouveauté.

La dimension longitudinale de l'étude a permis de montrer que les enfants présentant un tempérament difficile présentaient plus que les autres des difficultés à l'âge adulte.

Ces résultats ont été confirmés par des recherches plus récentes (1996) : un tempérament difficile pendant les premières années permet de prédire de difficultés psychosociales à l'adolescence et à l'âge adulte.

Les (9) dimensions d'origine sont réduites à (4) :

- ✓ Affect positif et approche.
 - ✓ Affectivité négative.
 - ✓ Contrôle de l'attention.
 - ✓ Orientation sociale.
- Ces grandes dimensions sont sous tendue par des composantes plus étroites comme, par exemple : dans le registre négatif la peur, la tristesse, la détresse face à la séparation (Anne Baudier et Bernadette Céleste, Ibid, P 61- 63).

2.1.5. Le niveau de vigilance

Le niveau de vigilance joue un rôle important dans l'établissement des interactions. WOLF (1964) a décrit six états allant du sommeil profond, à l'agitation motrice accompagnée de cris, c'est au cours de l'état de veille attentive et secondairement de veille active que le bébé est le plus disponible pour communiquer avec l'entourage.

Cet état de veille attentive est rare et de courte durée à la naissance, mais augmente progressivement dès les premières semaines, il faut donc en tenir compte lorsque l'on cherche à établir un contact avec le bébé, les états du bébé constituent une communication en tant que telle, car à travers les changements d'état l'adulte peut observer les effets de ses propres stimulations sur son enfants.

KORNER (1974) décrit les enfants pleurants beaucoup plus que les autres : la fréquence de ces pleures a des répercussions sur les interactions, plus un bébé pleure, plus l'adulte lui répond (Ibid. p 63).

2.2. Les modalités sensorielles

Elles sont toute fonctionnelles dès la naissance, la plu sont déjà « in utéro », même si elles continuent de se développer après, sous la double influence de la maturation et de l'expérience (stimulation fournies par le milieu humain et physique). (Ibid. P 64).

2.2.1. L'olfaction

Elles sont les plus proches de celles de l'adulte, au quatrième jour, il peut discriminer l'odeur du cou ou du sein de sa mère, de l'odeur d'une autre femme.

2.2.2. La sensibilité gustative

Il est capable de discriminer quatre saveurs : salé, sucré, amer, acide, avec une préférence pour le sucré (Rachel. Ferrer, P32).

Chaque saveur déclenche une mimique spécifique identique pour tous les enfants que « STEINER » nomme le réflexe « gusto-facial ».

« Chiva » (1985) observe des enfants de la naissance à 2 ans, et retrouve dès les premières heures de vie ces quatre réponses :

- Sucré : visage détendu, ébauche de sourire, tétée ou clappement de langue.
- Acide : yeux plissés, froncement de la racine du nez, protrusion des lèvres.
- Amer : bouche ouverte, plissement du front, mouvement comme pour vomir.
- Salé : froncement du nez, plissement des lèvres, mouvement des joues et de la bouche.

Dès 6 mois, parfois 4 mois, des différences interindividuelles commencent à apparaitre, certains enfants réagissent aux substances beaucoup plus fortement que d'autres qui présentent des réponses plus atténuées, mais pour chaque enfant, les modalités de réactivité changent peu.

En revanche, la mise en œuvre et l'utilisation de ces réponses vont considérablement changer au cours des deux premières années. « Chiva » distingue « 3 » périodes

La première : jusqu'à 6 mois est celle où le réflexe est automatiquement déclenché après la stimulation, et n'est pas orienté vers autrui.

La deuxième : de 9 à 14 mois, où la réponse réflexe s'atténue, se module.

La troisième : période apparaît vers 16 mois, et le changement est spectaculaire jusqu'alors l'enfant semblait subir la situation, maintenant c'est lui qui paraît prendre l'initiation ou assiste à l'utilisation délibérée par l'enfant de ses mimiques. Souvent la mimique est exagérée, délibérément tournée vers l'adulte explicitement utilisée comme moyen de se faire comprendre et de solliciter une réponse.

2.2.3. La sensibilité tactile

Des recherches récentes mettent en évidence que les stimulations tactiles déclenchent plus de sourires et de vocalisations chez des bébés âgés de un mois et demi à trois mois et demi que les seuls renforcements visuels et auditifs.

« WINNICOTT » a souligné l'importance dans le développement de l'affectivité et de la personnalité de l'enfant du « handling » et du « holding », le premier terme désigne la manière dont l'enfant est manipulé, le second, la manière dont il est porté, en fait, ces deux notions englobent un ensemble d'expériences essentielles au début de la vie du nourrisson.

Pour « Anzieu » le « holding » sert à la maintenance de l'appareil psychique, et le « handling » il constitue l'enveloppe de l'appareil psychique. (Anne Baudier et Bernadette Céleste, *Opcit*, P 67-68).

2.2.4. L'audition

La capacité sensorielle était déjà bien développée avant la naissance. Dès la sortie de l'utérus maternel, le bébé est assailli de stimulations sonores dont il ne peut se couper qu'en s'endormant, quand il est éveillé, il peut tourner les yeux et

la tête vers la source sonore et ses réponses dépendent de la fréquence de l'intensité et de la complexité de ces stimuli.

Quand ils sont de forte intensité ou d'une fréquence élevée on peut observer des réactions de sursaut, des pleurs et une accélération cardiaque.

Un bébé de quelques jours tourne la tête de manière préférentielle vers la voix de sa mère par rapport à celle d'une autre femme.

2.2.5. La vision

Le nouveau-né suit du regard une source lumineuse, si elle est suffisamment brillante, et si elle se déplace lentement, on considère qu'il peut voir jusqu'à une distance de 20 à 30 cm. Ce qui correspond à la distance qui sépare le regard du bébé de celui de la personne qui le tient dans les bras, le système visuel se développe en suite très rapidement sous l'effet de la maturation et de l'exercice, à 4/5 mois, la vision est déjà très performante mais ce ne sera pas avant 4/5 ans que la vision sera totalement comparable à celle de l'adulte en ce qui concerne l'acuité visuelle en particulier. (Michel Cuidetti, opcit, P31).

2.2.6. Les coordinations sensorielles

L'enfant naît avec un ensemble de coordinations inter-sensorielles. Le réflexe d'orientation, c'est le fait de tourner la tête et les yeux dans la direction d'une stimulation sonore est l'exemple le plus évident.

De même les relations intermodales favorisent une meilleure connaissance du monde extérieur, reconnaissance visuelle d'un objet perçu tactilement par exemple.

La plupart des stimuli qu'ils soient physiques ou humaines sont généralement susceptible d'être appréhendés par plusieurs sens la traduction d'information sous différentes formes sensorielles permet une appréhension plus complète des objets ou des personnes et ainsi en accélère l'identification.

Les relations entre la vision et l'audition qui se construisent au cours des premiers mois de la vie assurent un bébé une cohérence dans les événements

qu'il rencontre, c'est ainsi que les émotions sont perçues à travers ces deux modalités sensorielles. Si on présente à des bébé de 5/7 mois une femme qui parle tristement et une femme qui parle gaiement. Ils préfèrent regarder la personne dont la voix est cohérente. (Anne Baudier et Bernadette Céleste, Ibid,P 71- 72).

3. Les étapes de développement affectif

3.1. De 0 à « 3 » mois

3.1.1. Selon S. Freud

Indiquons d'abord que l'expression « Sexualité infantile » n'est qu'une facilité de langage peu satisfaisante, en effet une telle « Sexualité » si elle se présente en premier lieu comme très indifférenciée et fort peu organisée, diffère de plus de celle de l'adulte par 3 points au moins :

- Les régions corporelles de plus grande sensibilité (ou sources pulsionnelles) ne sont pas forcément les régions génitales d'autres zones érogènes (régions qui procurent du plaisir) viennent à prédominer.
- Les buts sont différents, il va de soi que la « Sexualité infantile » ne conduit pas à des relations génitales à proprement parler, mais qu'elle comporte des activités qui plus tard, joueront un rôle notamment dans le plaisir dit : « préliminaire ».
- Enfin cette « Sexualité infantile » a tendance à être « auto érotique » plutôt que dirigée sur des objets. (J. Berjeret, 2008, P 08).

❖ Le stade oral

Il recouvre approximativement la première année de la vie, c'est une année consacrée à la préhension, prise d'aliments, prise d'information au sens large.

L'objet pulsionnel est représenté par le « Sein » ou son « Substitut », la fonction alimentaire est le médiateur, principal à la relation symbolique {mère-enfant} et le plaisir oral vient s'étayer sur l'alimentation (Bernard. Golse, 2001, P18).

❖ Primauté de la zone buccale comme zone érogène ou source corporelle pulsionnelle

En fait il faut entendre ici bien autre chose que simplement la bouche

- D'abord sertent tout le carrefour aérodigestif jusqu'à l'œsophage et l'estomac, organes respiratoires aussi, en jeu dans l'aspiration et l'expiration de l'air jusqu'aux poumons.
- Les organes de la phonation et donc du langage.

- Les organes des sens également : la gustation, le nez et l'olfaction, l'œil et la vision (on dit : « manger ou dévorer quelqu'un des yeux ») sont des organes et des fonctions en rapport avec l'oralité (J. Bergeret, Ibid, P 8/9).

❖ Le but pulsionnel

D'une part, c'est la stimulation agréable de la zone érogène buccale, le plaisir qui est auto érotique. (Ibid, p 9).

D'autre part, c'est le désir « d'incorporer » : c'est le passage d'un objet à l'intérieur du corps sur un mode plus au moins fantasmatique. En avalant l'objet, l'enfant se sent uni à lui sont ces incorporations primitives qui fourniront le prototype des identifications et « introjection » ultérieure

Introjection : c'est l'extension du « moi » vers des objets extérieurs qu'il va inclure en lui-même les qualités inhérentes à ces objets.

3.1.2. Selon Anna Freud

Pour A. Freud, c'est la période de dépendance absolue des nouveau-nés vis-à-vis des soins maternels.

- L'unité biologique du couple mère-enfant

Le narcissisme de la mère s'étend à l'enfant et ce dernier inclut la mère dans son monde narcissique.

3.1.3. Selon René Spitz

Spitz emploie le terme « Non Différenciation », le nouveau-né n'est pas encore « organisé » dans ces domaines-là perception- 'activité- fonctionnement- le psychique et le somatique ne sont pas séparés et l'environnement n'est pas perçu. Donc la notion « intérieur » et la notion « d'extérieur » n'existent pas, les parties du corps ne sont pas ressenties comme différentes et il n'y'a pas de séparation entre pulsion et objet.

- Lorsque les stimuli sont d'origine internes (faim, soif...) ou externe (bruit, lumière, ...) dépassent un certain seuil, l'enfant réagit à cette excitation négative de l'ordre de déplaisir, par un processus de décharge (cri ...) pour retrouver la

« quiétude ». C'est le principe de : « Nirvana » = {la décharge pour réduire le déplaisir et permettre la quiétude : le processus physiologique}.

La mère contribue à cette quiétude, elle isole l'enfant d'excès de stimuli externes et elle satisfait les besoins exprimés par les stimuli internes.

Les stimuli ne sont pas « reconnus » par le bébé, mais avec l'expérience, ils produiront valeur de « signe ». Sont l'ensemble des signaux mémorisés donneront ensuite : « une image cohérente du monde ».

La maturation développe progressivement cette capacité mentale d'enregistrement des stimuli, l'enfant grâce à la « réciprocité » de la relation {mère-enfant} faite d'une suite incessant « d'action- réaction- action » pour arriver à un certain apprentissage qui conduit à la coordination, l'intégration et la synthétisation de la perception.

Pour « Spitz », c'est la région oral « mamelon ou la tétine » qui servira d'intermédiaire entre la réception interne = « sentir » et la perception externe, elle est importante dans la relation {mère-enfant} au cours de « l'allaitement » qu'il soit naturel ou artificiel.

Cette zone sera reconnue par l'enfant dès lors que lui est associé, une satisfaction rapide du besoin de nourriture.

- L'enfant en se nourrisson sent le mamelon ou la tétine dans sa bouche, et voit le visage de sa mère, le contact ou cours de l'allaitement peut se perdre momentanément, mais la perception à distance du visage reste continue
- Ces deux mode de perceptions {le toucher oral discontinu et la perception visuelle continue} permettent le passage progressif de « l'orientation par le toucher vers l'orientation par la perception à distance, c'est le début de « constance objectale » et « la formation de l'objet ».

3.1.4. Selon Mélanie Klein (1882-1960)

M. Klein pose l'hypothèse d'un « moi » rudimentaire dès la naissance, qui va se défendre contre le conflit né de la lutte entre les pulsions, projeter vers l'extérieur la pulsion de mort. Dans le même temps, une partie de la pulsion de vie est également projetée pour créer un « objet idéal », le « moi » se clive alors en une partie « libidinale » et en une partie « destructive » et va s'accrocher à l'objet partiel « Sein » de la mère, en retour, le « moi » va introjecter l'objet idéal en faire une partie de lui-même, et identifier à celui-ci :

- Le « Moi » par ce balancement projection/introjection, clive « l'objet sein » et va établir une double relation « bonne » et « mauvaise », « bon Sein » et « mauvais Sein ».
- L'idéalisation du bon objet donne au bébé la possibilité de former en lui l'image d'un « Sein idéal », omniprésent et intarissable, et avoir un contrôle omnipotent sur lui, le « bon Sein » satisfait alors de manière hallucinatoire le désir « vorace » de l'enfant. Dans ce mécanisme le clivage permet d'isoler l'objet mauvais dont l'existence même est déviée.
- Les termes « bon » et « mauvais » ne doivent pas être pris comme des qualifications intrinsèques de l'objet, mais comme marquant « la satisfaction » ou la « frustration ». le « Sein » qui gratifie est aimé et ressenti comme « bon » et le « Sein » qui frustre est haï et ressenti comme « mauvais ». (Bernard Golse, Ibid, P 18-70).

3.2. De 3 à 6 mois

3.2.1. Selon S. Freud

La relation de notre nourrisson avec ces morceaux d'objets s'établit dans deux directions :

- Auto-érotisme : qui s'accompagnant souvent de masturbation (première phase masturbatoire) dans le cadre du narcissisme lui aussi primaire.
- La relation anaclitique : le terme tiré d'un verbe grec qui signifie « se coucher », « s'appuyer sur », Freud voulait par cette expression rendre l'état de

dépendance absolue qui lie physiquement l'enfant aux personnes dont les interventions le maintiennent en vie. (Bergeret, Ibid, P11).

3.2.2. Selon Anna Freud

C'est la relation du type « objet partiel » ou de satisfaction des besoins, ou encore de type anaclitique, elle est marquée par le caractère impérieux des besoins corporels de l'enfant et de rejets pulsionnels, elle est intermittente et oscillante car l'investissement se porte sur l'objet sous l'influence de désir impérieux et s'en détourne dès que la satisfaction a été obtenue.

3.2.3. Selon René Spitz

Dès l'âge de « Deux mois » le percept visuel le plus reconnu par le bébé est le visage humain, grâce à sa maturation physique et au développement psychique, l'enfant peut utiliser son outillage somatique pour exprimer une expérience psychologique répondre par le « Sourire » à un visage familier ou non « la réponse par le sourire est une manifestation du développement du comportement spécifique de « deux à six mois » (98% d'enfant).

Si l'enfant sourit ainsi à n'importe quel visage, c'est qu'il ne perçoit pas encore « une personne, un objet libidinal » mais seulement un signe ce que Spitz appelle « l'indicateur gestalt » constitué par {le front, les yeux, le nez vus de face et en mouvement}.

Pour Spitz c'est le « stade pré-objet » ou bien « précurseur de l'objet » il n'est pas capable de distinguer un visage parmi d'autres

L'apparition du sourire chez le bébé est une manifestation du comportement favorisée par les nombreuses relations mère-enfant créant un « climat émotionnel »

✚ À travers son attitude émotionnelle et ses affects que la mère permet progressivement l'émergence et le développement du conscient chez le nourrisson, elle aura un rôle important dans des processus d'apprentissage c'est par sa mère que ses expériences prendront vie et que les affects émergeront et s'orienteront.

3.2.4. Selon Mélanie Klein

Durant toute cette période et à la faveur des bonnes expériences vécues, le « Moi » va pouvoir se rassembler, s'intégrer, s'unifier dans le développement affectif normal, c'est pour des raisons externes ou internes les forces destructrices prennent le pas sur le bon objet.

Les mécanismes de défense en place peuvent ne plus être suffisants pour maîtriser l'angoisse, le « Moi » suis alors envahi et sa défense ultime est sa propre désintégration.

✚ Un nourrisson « normal » ne passe pas la plus grande partie de son temps dans un état d'anxiété, et si tous les bébés ont es moment d'angoisse, le plus souvent dans des circonstances favorables, ils dorment paisiblement et ont des plaisirs réels ou hallucinatoires, les processus psychiques qui sont le noyau de la position schizo-paranoïde, font partie du développement normal de l'individu et de la façon dont l'enfant aura traversé cette période, dépendra sa capacité à affronter les étapes suivantes.

3.3. De 6 à 12 mois

3.3.1. Selon S. Freud

L'enfant apprend à différencier ses impressions et la première différenciation est sans doute celle qui s'établit entre des objets « de confiance ou connus » et des objets « inhabituel étranges », ceux-ci sont alors ressentis comme dangereux tandis que les premiers donnent confiance et sont aimés.

Au fur et à mesure, à partir de 6 mois Freud a parlé de la relation ambivalente. (J. Bergeret, Ibid, P 11).

A ce stade, il existe une équation symbolique pour l'enfant entre la nourriture et la mère, et les difficultés relationnelles avec celle-ci peuvent se traduire directement au niveau de l'alimentation (anorexie, vomissement).

3.3.2. Selon Mélanie Klein

A cette phase, l'enfant va être capable de reconnaître l'objet « entier » et non plus clivé, tous les progrès du bébé vis-à-vis de son monde interne e

externe, vont lui faire sentir que les sensations proviennent d'un même objet, qu'il ressent maintenant comme séparé de lui, source unique de ce qui est, à la fois bon et mauvais.

Les perceptions ne proviennent plus d'un « bon Sein » ou d'un « mauvais Sein » mais d'un objet total « mère », donc l'enfant va éprouver des sentiments agressifs et des sentiments d'amour à son égard (mère), elle est donc vécue par le nourrisson comme étant la source de ses gratifications et de ses frustrations, l'ambivalence envers l'objets commence à se manifester.

L'angoisse de perte d'objet est alimenté par les fantasmes destructeurs de l'enfant (sa réalité psychique) qui croit avoir endommagé et détruit l'objet total, il s'ensuit alors un intense sentiment de culpabilité, première manifestation du « Surmoi » naissant.

3.3.3. Selon René Spitz

Dans le troisième trimestre de la vie (classiquement au huitième mois) les capacités pour une différenciation perceptive diacritique sont bien développées et lorsque le bébé se trouve face à un inconnu, il confronte son visage avec les traces mnésiques du visage familier de sa mère. il montre alors un refus de contact accompagné de plus au moins d'angoisse, appelés « **l'angoisse du huitième mois** » qui est l'angoisse de perte d'objet, l'enfant réagit ainsi devant le visage d'un étranger car il se sent abandonné de sa mère.

- La mère est devenue l'objet libidinal, elle est l'objet privilégié non seulement dans le secteur visuel mais avant tout dans le domaine affectif.
- Cet angoisse révèle la différenciation de la mère, l'enfant progresse dans les secteurs perceptifs, moteur et affectif, par exemple : une aptitude accrue à discriminer entre les choses inanimées, l'apparition d'attitudes émotionnelles virées telles que jalousie, colère possessions, affection, joie, Ces progrès s'accompagnent de la formation de certains mécanismes de défense dont « Spitz » retient principalement « l'identification » : l'imitation par le geste.

Schéma d'action, imitation et identification constitue les moyens d'une autonomie croissante par rapport à la mère annonçant une ouverture des relations aux autres : « l'acquisition du Non » marque le passage à cette ouverture sociale (Bernard. Golse, Ibid, P59-60).

3.4. De 12 à 24 mois

3.4.1. Selon S. Freud

❖ le stade anal

Il recouvre approximativement la deuxième année de la vie, les facultés de marche, parler, penser, contrôler, ses sphincters ... se développent et ouvrent à l'enfant de façon progressive un indépendance relative mais déjà réelle

Ce n'est que lorsque s'installe le contrôle sphinctérien lorsque l'acte de défécation devient un acte sur lequel l'enfant a pu acquérir une suffisante maîtrise que le plaisir lié à cette défécation ainsi que les conflits spécifiques qui s'y rattachent occupent une situation privilégiée.

La mère, qui reste l'objet privilégiée des pulsions de l'enfant est devenue personne entière, mais c'est un objet qui reste fonctionnel, partiel, qu'il sera surtout question pour l'enfant de manipuler comme il manipule sa matière fécales.

C'est un véritable objet libidinal intermédiaire :

- c'est d'abord un excitant direct de l'érogénéité de la zone corporelle muqueuse.
- Le boudin fécal est aussi considéré par l'enfant comme une partie de son propre corps qu'il peut soit conserver à l'intérieur soit expulser au dehors en s'en séparant, ce qui permet à l'enfant de faire la distinction forte importante entre l'objet interne et l'objet externe.
- Enfin, le boudin fécal représente pour l'enfant une monnaie d'échange entre lui-même et les adultes, rappelons les équivalences établies par Freud entre les fèces le cadeau qu'on offre ou qu'on refuse l'argent

En effet, déféquer, c'est-à-dire expulser sa production intestinales, n'est pas le seul acte anal auquel soit attaché un plaisir dont chacun de nous fait journellement l'expérience.

Et différer cette défécation, c'est-à-dire retenir ces matières au moins pendant un certain temps, est d'un pouvoir érogène aussi indiscutable.

Ambivalence :

Cette ambivalence est ici physiologiquement fondée sur l'attitude contradictoire vis-à-vis des matières fécales, qui sert de modèle aux relations avec autrui, ainsi les objets extérieurs, la mère, l'entourage..... Pourront être :

- D'une part éliminés, retranchés, c'est-à-dire refusés, expulsés et par là même détruits.
- D'autre part, et tout aussi bien introjectés, c'est-à-dire gardés comme objets d'appropriation, retenus comme une possession précieuse et aimée (J. Bergeret, *ibid*, P 12-16).

3-4-2- Selon Jacques-Marie Lacan (1901-1983)

La présentation du stade du miroir s'articule autour du problème de l'identification. Lacan a voulu souligner l'aspect de vérité révélée que prend pour l'enfant la reconnaissance de son image dans le miroir. Le stade du miroir peut se décomposer en 3 étapes principales :

- 1- L'enfant perçoit d'abord son reflet dans le miroir comme un être réel de chair et d'os, qu'il cherche à saisir ou à approcher il existe alors une double confusion en ce sens que sa propre image est vécue comme celle d'un autre.
- 2- Dans un deuxième temps, l'enfant comprend que son reflet n'est qu'une image et non pas un être réel, mais il ne le reconnaît pas encore comme sienne, à ce moment il ne cherche plus à attraper ou toucher le reflet, ayant compris l'aspect virtuel, fictif, imaginaire de l'espace derrière le miroir.

3- Enfin, dans une troisième étape l'enfant comprend que cette image est son image, qu'elle le représente et cette compréhension vaut aussi pour les autres images spéculaires qu'il peut percevoir (celle de mère notamment).

À travers cette dialectique de l'être et de l'apparence s'effectue la conquête de l'identité du sujet par la perception d'une image totale de son corps précédant le sentiment de l'unité de la personne, cette conquête de l'identité va permettre de se nouer aux trois grands registres du psychisme humain :

- Symbolique
- Réel
- Imaginaire

Le premier, celui du symbolique (image reçue comme représentation de soi-même)

Le deuxième, celui de la réalité (image vécue comme un être réel)

Le troisième, celui de l'imaginaire (image perçue comme fictive)

*le stade du miroir, permet à l'enfant d'appréhender un devenir, d'anticiper sur ce qu'il sera, par la représentation d'une image totale de son corps lui qui pour l'instant ne se vit encore que comme un corps morcelé, il perçoit soudain son état futur unifié, (je), qui possédera le langage et que le langage pourra désigner.

Le ressort essentiel du stade du miroir se situe donc au niveau de cette anticipation qui permet à l'enfant encore immature d'éprouver, en un éclair son « je » futur qui se cristallise et se précipite dans la perception spéculaire

*La constitution du « je » : est ainsi en partie un acte perceptif, c'est-à-dire qu'elle n'est pas immédiate qu'elle nécessite une médiatisation celle de l'image du corps propre.

Les psychoses infantiles peuvent alors, selon Lacan, être conçues comme un échec de cette expérience clinique du stade du miroir, expérience modale ou s'imbriquent, nous l'avons vu, le réel, l'imaginaire, le symbolique. (Bernard. Glöse, Ibid, p 159-160).

3.5. De 2 ans à 7 ans

3.5.1. Selon S. Freud

❖ Le stade phallique

Ce stade set comme un intermédiaire évolutif entre la phase anale et la phase œdipienne, l'enfant qui dépasse sa troisième année a pu instaurer une relative unification de ses pulsions partielles sous un certain primat, celui des organes et des fantasmes génitaux.

À ce stade demeure une grande partie narcissique et non pas objectale, la question « d'en avoir ou pas » ne revoie pas en effet à l'usage qu'on peut en faire, mais aussi au simple fait de la possession du pénis, pour Freud, ce qui caractérise le plus le pénis, c'est d'être un objet détachable fantasmatique donc, partiel. Les angoisses spécifiques de ce stade sont évidemment des angoisses de castration, le complexe de castration qui est dépendant du complexe d'Oedipe. (Ibid. P22-23).

✚ Nous retrouvons chez le garçon la séquence suivante :

- Désir œdipien.
- Menace fantasmatique de castration par le père et angoisse de castration surmontée à la fois par l'identification au père (agresseur) et la renonciation à la mère (objet incestueux)
- Fin brutale de d'Oedipe et entrée en latence

✚ Chez la fille, il en va différemment puisque alors, c'est au contraire :

- L'angoisse de castration qui serait pour Freud à l'origine du désir œdipien.
- (J. Bergeret, opcit, P 36).

Chez le garçon : le désir œdipien

Le petit garçon désir posséder sa mère à lui tout seul, il prend alors avec elle des attitudes de petit homme, il est fier de se promener avec elle dans la rue de la présenter à ses « copains » lorsqu'il sort de l'école, il aime lui donner la main comme papa lui donne le bras et souvent il veut même l'épouser « quand je serai grand je me marierai avec toi ».

Il ne s'agit pas pour lui d'avoir des rapports sexuels réels avec elle, car la sexualité ne représente encore rien de bien précis dans son esprit, il manifeste tout simplement le désir de dormir avec sa mère, d'échanger avec elle des caresses, des câlins et des baisers, il va déployer pour arriver à ses fins.

Le désir que le garçonnet éprouve pour sa mère est proche de la passion, il s'agit d'une possession exclusive qui ne partage pas, et très vite le « père » devient gênant, qui n'a pas vu un petit garçon se fâcher quand les parents s'embrassent ? Parfois même il tente de les séparer en éloignant le père de toutes ses forces avec un « pousse-toi » autoritaire.

- Dans sa tentative de conquête de la mère, l'enfant rencontre un rival qu'il faut chasser, éliminé.
- La rivalité du petit garçon se manifeste sous plusieurs traits « quand tu seras mort, je me marierai avec maman » ou bien « tu vois, je suis plus grand que toi ».
- En bref : il faut supplanter le père, l'éliminer, il a un désir de dépasser son père, d'être le meilleur, le plus grand de façon paradoxale, il le surestime.
- Mais dans sa lutte contre le rival à supplanter, le petit garçon sait bien, dans le fond qu'il n'a pas le droit de posséder sa mère, il se sent coupable de cette pensée craint d'être puni, et le seul châtement qu'il imagine c'est que le père lui coupe son pénis par lequel il a désiré sa mère.

Le complexe de castration

Le petit garçon, lorsqu'il s'aperçoit que les fillettes n'ont pas de pénis, alors il attache à son sexe une importance considérable. Il éprouve de la fierté et en quelque sorte un sentiment de supériorité, conscient de sa différence, il sait qu'il possède un pénis. Il s'identifie à lui, il endosse l'uniforme de la virilité qui fera plus tard de lui un conquérant vindicatif.

- Ferenczi, qui a travaillé avec Freud, précise que, si l'enfant accorde une si grande importance à son pénis, c'est parce qu'il peut, grâce à lui, s'unir à sa

mère. Donc pour le petit, perdre son pénis équivaut à une nouvelle séparation avec la mère, aussi pénible pour lui que la première, c'est-à-dire la naissance.

- Lorsque le petit garçon, au cours du complexe d'Oedipe se met à vouloir posséder sa mère, il craint les représailles de son père, aussi n'imagine-t-il pas d'autre punition possible que la « coupure » de l'organe responsable de son désir, c'est alors que naît chez le garçonnet une angoisse très vive qui provient de la menace d'un danger : « la perte de son pénis ». (Pascale. Masson, 2004, P 11-126).

Déclin du complexe d'œdipe

Le garçon renonce aux désirs sensuels dirigés sur la mère et aux souhaits hostiles envers le père, et cela sous le choc de la menace de castration, dans les termes de Freud il ne s'agit pas d'un simple refoulement du complexe, mais d'une véritable mise en morceaux d'un éclatement, et même d'une destruction, d'autre part il existe un deuxième mouvement œdipien au moment de la puberté, la quelle laisse à l'individu la dernière chance de résoudre l'œdipe spontanément. (J. Bergeret, Ibid, P 37).

Chez la fille : le complexe de castration

La fille, elle qui a découvert son clitoris, mais pas encore son vagin, va développer une « envie de pénis », pour la petite fille aucun déni ne peut compenser cette blessure narcissique vécue dans la réalité. C'est cette envie qui va introduire la fille à la problématique œdipienne par le désir d'un enfant du père, enfant à signification phallique. (Bernard Golse, opcit, P 24).

Le complexe d'œdipe

La situation œdipienne de la petite fille est moins caractérisée que celle du petit garçon, pourquoi ?

- Tout d'abord parce que son premier objet d'amour, tout comme le garçon, est la « mère », elle doit donc diriger son désir vers un autre, son « père », tout l'énergie d'amour qu'elle avait orientée vers la mère doit se porter dans une autre direction

- La fillette va alors enlever de l'amour à sa mère, ce retrait de tendresse fait naître aussitôt chez elle un sentiment de culpabilité, mais la petite fille est « motivée » par la déception que la mère a suscitées en la sevrant, en lui apprenant la propreté, ces déceptions ne suffisent pas à donner à la fillette suffisamment bonne conscience vis-à-vis de son détachement, elle tient encore très fort à sa mère, et elle a très peur de perdre la protection que représente l'amour maternel, la fille éprouve une déception bien plus grave, elle est persuadée qu'elle avait un pénis, elle accuse sa mère de le lui avoir enlevé, elle va donc chercher au près de son père ce que la mère lui a pris.
- La passion de la petite fille pour son père est tout aussi vive que celle de garçon pour sa mère, c'est l'époque où la fillette se livre à de multiples tentatives de séduction en se pelotonnant sur les genoux de son père, en cherchant à se faire cajoler, parallèlement, elle se met en compétition de coquetterie avec sa mère en lui déroband son rouge à lèvres, son vernis à ongles.
- La petite fille commence à critiquer sa mère, elle la trouve dénuée de charme ou vieille, cette jalousie bien féminine est entachée de culpabilité, elle a honte de vouloir capter l'admiration de celui que sa mère a choisi d'aimer, bien entendu il ne s'agit-là que d'une description schématique, il existe tout un éventail de nuances dans ce passage obligé de l'évolution sexuelle d l'enfant. (Pascale. Marso, Ibid, P 120- 121).

-Déclin du complexe d'œdipe

Le renoncement au complexe d'œdipe est plus graduel et moins complet, ce renoncement provient de la peur de perdre l'amour de la mère, peur qui ne constitue pas une force aussi puissante et aussi dynamique que celle de l'angoisse de castration. (J. Bergeret, opcit,P 37).

✚ Le complexe d'œdipe s'achève par un retour à l'équilibre, les enfants entre 6 et 7 ans rentrent dans une période où ils discernent ce qui est possible de ce quine l'est pas, on appelle cela communément « l'âge de raison » et comme personne n'aime fournir des efforts inutilement, le petit garçon renonce à séduire

sa mère et la fillette à désirer son père, la mère reconquiert ses droits dans la vie de sa fille, le père prend une importance considérable dans l'existence de son fils qui veut l'imiter. (Pascale. Marson , opcit, P 121).

3-5-2- Selon Margaret S. Mahler

D'après Mahler, le développement de l'enfant se passe à travers 3 grande étapes successives, il commence par : la phase d'autisme normal, elle dure à peu près 4 semaines, où le nouveau-né dispose d'un appareillage réflex archaïque (succion, fouissement...) il est souvent plus porche d'un état de sommeil que d'un état de veille.

La deuxième phase est : la phase symbiotique normale, à partir du deuxième mois inaugure la phase symbiotique qui se termine vers 9/12 mois ou l'enfant est en état de dépendance absolue, et la mère en état de dépendance relative, la fusion du bébé avec sa mère est telle qu'aucune différence entre le je et Non –je n'est perçue dans les périodes de manque, l'enfant va prendre une conscience vague de l'objet de satisfaction de ses besoins, cette conscience s'estompant en période de satiété, dans la matrice symbiotique, les processus d'organisation et structuration du « Moi » se polarisent autour de la mère, dont l'investissement en tant qu'objet partiel sera la principale réalisation psychique de cette phase ultérieurement, le « self » se séparera nettement des objets et une maîtrise relative de tentions permettra d'attendre et d'anticiper avec confiance la satisfaction à venir

- La Dyade symbiotique avec sa polarisation des processus d'organisation et de structuration peut être considérée comme un cadre auquel se réfèreront toutes les expériences de l'enfant avant qu'elles ne deviennent dans le Moi des représentations claires et totales du « self » séparé du monde des objets.
- Avant la fin de cette phase qui se situe entre 9 et 12 mois la phase du processus de séparation individuation dite aura déjà commencé ce processus entier est gouverné par deux « linges de développement », l'une aboutit à la séparation et les différenciations, c'est la formation des limites et le détachement

avec la mère et d'autre aboutit à l'individuation et l'évolution des fonctions autonomes : perception, mémoire, capacités cognitives.....

- L'observateur de ces comportements et de leur évolution peut donc les utiliser comme repère et moyens d'accès au fonctionnement psychique profond en voie de structuration

- Première étape : Différenciation – développement du schéma corporel

Son début se situe vers 4-5 mois au moment culminants de la phase symbiotique, à l'intérieur de la sphère symbiotique avec sa mère « il se moule au corps de sa mère, répond par le sourire qui va devenir spécifique », l'enfant se sent en sécurité et éprouve un plaisir considérable.

L'enfant prend plaisir à l'exploration tactile (il tire les cheveux de sa mère, lui met les doigts dans le nez, explore son corps...) plus tard il se tourne vers les stimuli extérieurs qu'il compare à ce qu'il connaît déjà : regard porté en alternance rapide vers le stimulus puis vers la mère. Les principes du Moi Corporel s'élaborent donc par rapport au corps de la mère et les débuts de la différenciation se réalisent par extension hors de la sphère symbiotique.

Deuxième étape : Les essais

Elle s'étend du 9-12 mois au 15 mois environ, cette période chevauche la phrase de différenciation et correspond au deuxième déplacement d'investissement d'énergie libidinale, c'est la période de la maîtrise anale et du Non. On distingue deux périodes dans cette phase (essais) :

1. Dans la première, l'enfant se sépare physiquement de sa mère, mais toujours en se tenant (marche à quatre pattes, rampe se dresse...) dans cette phase s'établit une distance optimale caractéristique de l'interaction entre la mère et l'enfant qui lui permet d'explorer le monde tout en restant « à proximité » de sa mère (dans son champ visuel ou auditif).

2. Et dans la Deuxième période, l'enfant expérimente ses propres capacités dans un état d'élution jubilatoire, il se croit doter de toute puissance magique.

- Mais la séparation physique active qu'opère l'enfant est génératrice d'angoisse quand il commence à en prendre conscience puisqu'à ce stade ni les représentations différenciées du « Self » ni celle de l'objet ne sont intégrées en représentation totales.
- Et sa mère continue donc à lui être nécessaire comme un « port d'attache », ou il peut se recharger émotionnellement par contact physique.

Troisième étape : Le rapprochement

Elle se déroule approximativement du 15 au 24 moi, l'enfant a maintenant vraiment pris conscience qu'il est physiquement séparé.

- Au début de 15 à 18-20 mois, l'enfant désire partager le plaisir de des découvertes avec sa mère, il lui apporte tout ce qui le séduit (sur ses genoux de préférence) et monopolisé sous attention, il la suit partout où s'enfuit brusquement avec l'espoir d'être poursuivi, pris dans les bras et cajolé, se produit alors la « crise du rapprochement » qui s'étend de 18 à 22-24 mois au cours de laquelle se mettent en place les solutions de rechange au (délire d'omnipotence) auquel il faut renoncer, le comportement est marqué par l'instabilité d'humeur et l'indécision, la communication verbale naissante se substitue au contact direct, la sphère sociale qui s'étend activement déborde le cadre mère/enfant pour inclure le père d'abord, les pairs ensuite. C'est la naissance de l'empathie, et l'agressivité de la phase anale a des effets constructifs différents des aspects négativistes (revendication de l'autonomie par le Non), ensuite vers 22-24 mois, ébauche des caractéristiques de sa personnalité propre, où les efforts de rapprochement s'atténuent, le langage est de plus en plus opérationnel, et les mécanismes d'intériorisation de l'objet séparé du self, sont fonctionnel comme en témoigne l'apparition du pronom « moi », marque aussi cette période le début de l'identité sexuelle car des différences significatives apparaissent entre les comportements des filles et ceux des garçons.

✚ Il paraît importante de souligner qu'à travers tout ce processus de rapprochement, la disponibilité physique et émotionnelle de la mère est capitale, elle doit constamment trouver la « distance optimale » qui conditionne l'élaboration des défenses de son enfant et l'encourage dans son développement.

- On passe à la période qui nous intéresse dans cette étape de développement affectif, 2 ans à 7 ans :

Quatrième étape : Permanence de l'objet libidinal et consolidation de l'individuation

Cette étape débute aux environs de 24 mois, mais elle n'a pas de fin, elle est caractérisée par le développement des fonctions cognitives, la séparation du « Self » et de « l'objet » inaugure le sentiment d'identité et l'enfant élabore une représentation stable de son identité individuelle, le sentiment d'identité spécifique s'entretiendra par un {investissement énergétique cohésif} qui résulte de investissements libidinaux centripètes et centrifuges ultérieurs, la consolidation de l'identité sexuelle s'intégrera à ces représentations, de même l'intériorisation des exigences parentales et des interdits étouffera les précurseurs du surmoi.

- Autour de l'idée de « je » s'organisent et se structurent les traces mnésiques et les représentations intra-psychiques du monde objectal, et il regroupe toutes les perceptions (proprioceptive, intéroceptives, kinesthésiques, thermiques, sensorielles ...), la permanence de l'objet libidinal suit l'acquisition cognitive de la représentation de l'objet permanent, et elle permet d'attente de la satisfaction et son anticipation confiante, la tolérance à la frustration et à l'angoisse, elle assure les possibilités d'une évolution ultérieure harmonieuse. (Bernard. Golse, Ibid, P 95-102).

3.6. De 7 ans à 12 ans

3.6.1. Selon S. Freud

❖ Période de latence

Classiquement cette période se situe entre 7 et 12 ans, on observe dans cette période une transformation des investissements d'objets en identification aux parents et que les désirs libidinaux dirigés sur les parents en tant qu'objets d'amour vont être remplacés par les expressions sublimées de l'affection : tendresse, dévotion, respect, ... De même, cette période est particulièrement favorable aux acquisitions : éducatives, scolaires, culturelle ... l'âge de 7ans est considéré comme « l'âge de raison » et il suffirait de rappeler l'intense besoin d'explication logiques que manifestent alors les enfants et dont ils se montrent même friands jusqu'à fatiguer par leurs questions les adultes de l'entourage.

- Enfin on peut dire aussi que l'énergie pulsionnelle disponible se canalise sur les jeux ou les activités sociales les plus diverses, ce qui entraîne à relever ici un véritable changement d'objet, on a dit à ce propos que l'enfant est de plus en plus attiré par des objets concrets ne représentant pas un produit de l'imagination comme les contes de fées qui lui plaisaient tant pendant sa prime enfance, et l'on a voulu donner à cela deux explications :

1. Pendant la période de latence, les enfants n'osent pas se complaire aux pensées abstraites, à cause du danger d'éveiller à nouveau des conflits sexuels.
2. Les enfants n'en ont pas besoin, puisque leur « moi » est relativement fort et qu'il ne se trouve pas en danger immédiat.

Pourtant l'enfant cherche encore à être à proximité de l'objet d'amour, du moins au début de la période de latence où l'ambivalence est accrue qui s'exprime dans le comportement par une alternance d'obéissance et de rébellion, suivie de remords, puis les réactions hostiles ayant tendance à s'éliminer.

L'enfant commence à s'approcher des autres personnes de son entourage pour établir avec elle des relations amicales, il est alors prêt à être influencé par les autres enfants et les adultes autres que ses parents. (J .Bergeret, opcit. P42)

3.6.2. Selon Anna Freud

La période de latence où les exigences pulsionnelles diminuent après l'œdipe, la libido est déplacée, des images parentales sur des contemporains, des groupes de la collectivité des professeurs, des leaders, des idéaux impersonnels et des intérêts inhibés dans leur but sublimés. Ce déplacement s'accompagne de manifestations fantasmatiques témoignant d'un désenchantement à l'égard des parents et du désir de les dénigrer. (Bernard. Golse, opcit, P 52).

3.7. De 12 ans et plus

3.7.1. Selon S. Freud

❖ Puberté et adolescence

La puberté est une phase qui précède l'adolescence, où les tendances infantiles réapparaissent en force, tandis que les mécanismes de défense qui transformaient les tendances négatives en positives s'atténuent ou disparaissent. Le développement sexuel paraît reprendre exactement au point où il avait été abandonné à l'époque de la résolution du complexe d'œdipe.

✓ La crise narcissique et identificatoire

Associé à cette reviviscence, le développement psychosexuel est aussi une crise narcissique avec notamment des doutes angoissants sur l'authenticité de soi, du corps, du sexe

On observe souvent, même en dehors de tout facteur ou contexte psychotique, des sentiments de bizarrerie et d'étrangeté, des inquiétudes parfois vives se manifestent à propos du nez, des yeux, des cernes oculaires, de la modification de traits, de fatigues ressenties.... Sans parler bien entendu du développement des organes génitaux eux-mêmes et de ses conséquences (premières pollutions et première menstruations) ainsi que de l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité, mue de la voix....)

✓ Par rapport au corps

Remarquons que le garçon continuera pendant toute sa vie à accorder une grande valeur narcissique à son pénis, facile à exhiber, chez les filles, l'intérêt porté aux organes génitaux (clitoris, seins naissants ...) au corps tout entier, et au potentiel qu'il contient, ce sont tous les préoccupations connues concernant notamment la beauté du visage et de la silhouette, le souci de « conserver la ligne » les soins apportés aux vêtements, à la toilette, à l'alimentation même.

✚ Enfin à cette époque, les structures psychiques peuvent se rejouer (psychotique, névrotique, état limite....) et en tout cas la puberté sera la dernière chance offerte à l'adolescent de résoudre spontanément le conflit œdipien si ce n'est déjà fait.

✓ Masturbation

Tôt ou tard cependant, les tendances génitales accrues trouvent leur expression dans une activité masturbatoire, dont le besoin est ressenti, ce qui donne logiquement naissance à des sentiments de très intense culpabilité, bien qu'il s'agisse dans notre contexte socioculturel d'un phénomène bien banal, en tant que seule issue possible sur le moment à la satisfaction des besoins sexuels.

✚ La masturbation reste souvent vécue comme culpabilité et angoissante, cette culpabilité se rapporte à la reviviscence des conflits œdipiens non résolus et du complexe de castration, la masturbation elle-même ce sont des fantasmes masturbatoires accompagnateurs qui sont alors de type œdipien. (ibid. P 43- 44).

✓ L'adolescence

Est en effet une période de renoncement multiples, parmi les différents deuils que l'adolescent a assumer, il faut insister sur le deuil des illusions personnelles et le deuil des images parentales, l'adolescent doit en effet admettre un décalage irréductible entre son « moi » et son « idéal du moi » (blessure narcissique) et admettre également les imperfections inévitables de ses parents (perte d'objet).

Les tendances dépressives physiologiques de cette époque sont donc mixtes, à la fois narcissiques et objectal, elles sont encore accusées quand une « identification à rebours » des parents à leur enfant, on trouve aussi chez l'adolescent des sentiments de honte face à l'impossibilité qu'il ressent de se montrer à la hauteur des idéaux parentaux le concernant.

Enfin l'adolescent représente en quelque sorte la dernière chance spontanée pour le sujet de réparer les échecs de la période œdipienne. (Ibid. P 27).

3.7.2. Selon Anna Freud

❖ La puberté et l'adolescence

A. Freud isole deux mécanismes de défense spécifiques

1. L'ascétisme : il correspond à un rejet en bloc de toutes les pulsions sexualisées ou plutôt à un refus de tout ce qui est ressenti comme pouvant apporter du plaisir, cette attitude liée à la réactivation de la problématique œdipienne et à la culpabilité qui s'y attache.

L'ascétisme se donne pour tâche de réfréner le « ça » à l'aide de simple interdiction.

2. L'intellectualisation : dans cette période au lieu de fuir devant les pulsions comme dans l'ascétisme, l'adolescent tourne vers elle sans intérêt, mais de façons purement abstraite, et intellectuelle, il ne cherche pas du tout à remplir les tâches que la réalité lui impose.

L'intellectualisation a pour but essentiel de maintenir à distance des affects que l'adolescent perçoit comme dangereux, au lieu de la vivre et d'accepter de les ressentir.

✚ Ces deux mécanismes de défense sont transitoires mais nécessaires à l'adolescent pour surmonter la dernière étape critique de son développement psychoaffectif. (Ibid.47- 48).

4. Les interactions {adulte-enfant}

L'observation et analyse clinique ont permis un nouvel éclairage des interactions adulte-enfant. Tout particulièrement concernant la première année de la vie.

La première méthode décrit les interactions en termes de comportement manifeste sous forme de séquences d'échange entre deux partenaires.

Et la seconde méthode recherche la spécification latente des conduites manifestes, tout en qualifiant les affects véhiculés à travers les conduites : angoisse, agressivité, fusion....

4.1. Les moyens mis en œuvre dans les interactions

4.1.1. Le regard

Il constitue le moyen de communication privilégié entre la mère et l'enfant, en se développant, les propriétés innées de la perception visuelle vont permettre au regard d'acquiescer les capacités enrichissantes, nuanciant la valeur de communication et d'émotion de ce signal, par exemple, le fait pour l'enfant de pouvoir fixer longuement son regard induit une autre qualité dans l'échange, et le sentiment d'attachement, comparé aux fixation fugaces du bébé de moins de 6 semaines.

LEZINE et all (1976) constatent que chez les enfants de 3 à 10 mois le regard est le principal signal aussi bien pour solliciter l'adulte que pour lui répondre, le regard de l'enfant à sa mère prolonge la durée de l'interaction.

FRAIBERG (1974) décrit la difficulté que ressentent les mères de bébé aveugles à communiquer avec eux, elles évoquent un sentiment d'étrangeté face à l'absence de regard mutuel, et ont du mal à utiliser d'autres modalités d'échange, comme le contact physique pour compenser cette déficience sensorielle.

4.1.2. Le sourire

Le sourire est présent dès la naissance, mais ne présente pas les caractéristiques morphologiques définitives.

A cette période il se présente sous la forme d'un simple relèvement des lèvres, sans participation des muscles oculaires, ce sourire apparaît fréquemment pendant les états d'endormissement et semble en relation avec des sensations internes et l'activité électrique du système nerveux central

- Dès la deuxième semaine, les bébés sourient en période d'éveil, et la voix humaine devient de plus en plus efficace pour déclencher le sourire.
- Au deuxième mois, le sourire est maintenant accompagné de plissement des yeux, d'un regard vif et d'un front étirement, des commissures des lèvres.
- À partir de six semaines, la vue d'un visage est un des meilleurs déclencheurs du sourire.

Le sourire est toujours accompagné de mouvements des membres et de vocalisations plus l'enfant grandit, plus le sourire varie dans la forme, la fréquence et le lien avec d'autres manifestations expressives (plissement du nez, soulèvement des sourcils, clignement des yeux) ce qui permet d'exprimer une grande variété de sentiment et d'émotions.

- C'est avec le regard, un des signaux les plus recherchés et valorisés par les adultes, ces derniers sourient eux même beaucoup pour déclencher cette réponse chez l'enfant.
- Après 6 mois, le sourire est perçu comme un signe positif de socialisation, il s'intègre d'ailleurs dans un ensemble de mimiques faciales qui permet une grande richesse et des nuances variées d'expression émotionnelles.

4.1.3. L'imitation

Depuis les années 70 de nombreuses recherches ont confirmé l'existence de capacité initiatives chez les nouveau-nés.

Les imitations ne portent pas uniquement sur la protrusion de la langue, mais aussi sur l'ouverture de la bouche, des mouvements de la tête et des mains, cette

capacité serait innée (elle ne fait pas l'objet d'un apprentissage puisqu'elle est présent dès la naissance) mais elle ne correspond pas pour autant à un réflexe puisqu'elle peut être différée, les bébés sont capables de reproduire le mouvement qui leur a été présenté la veille.

- On peut se demander quelle est la (ou les) fonction de cette imitation, elle semble être éminemment sociale. Elle permettrait notamment au bébé de reconnaître ses partenaires et de progresser dans la différenciation « moi-autrui ».
- La correspondance qui s'établit entre les partenaires permet de comprendre la spécificité des actes humains et leur communauté, à partir de l'imitation néonatale, le bébé apprendra que l'autre est comme lui non seulement du point de vue des actions (gestes, mimiques ...) mais aussi de phénomènes psychiques plus complexe comme les désirs, les croyances et les intentions.

4.1.4. Les cris, les pleurs et les vocalisations

Les productions vocales et sonores du jeune enfant évoluent rapidement au cours des deux premières années de la vie, Les premières manifestations apparaissent dès la naissance avec le « cris », expression physiologique de la respiration aérienne qui se met en place.

- « WOLFF » distingue plusieurs types de cris en dehors du cri de naissance – le cri de faim- le cri de douleur- le cri de malaise ou de tristesse, des expériences ont montré que les mères sont plus compétentes pour les identifier, à l'exception du cri de douleur identifié par tous les adultes.
- D'autres travaux ont montré la spécificité des cris de nourrissons à risque (prématurés notamment), ils sont plus aigus et plus prolongés que ceux des bébés normaux, les adultes différencient également bien ce type de cris qui déclenchant des réactions émotionnellement plus fortes.
- Outre, les caractéristiques propres à chaque enfant, les réponses apportées par la mère aux cris, vont influencer la fréquence et la nature des émissions

sonores, l'effet de l'attitude maternelle est particulièrement net aux troisième et quatrième trimestres de la première année.

4-2- Les interactions affectives (mère-enfant)

Elles sont définies comme « l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère ».

On parle d'harmonisation affective et « d'accordage affectif » permettant aux deux partenaires de partager leur expérience émotionnelle, celui-ci atteint son développement vers 9 mois, pour désigner une expérience subjective.

L'accordage se produit donc par la mise en relation d'une conduite de l'adulte différente de celle de l'enfant. À la fin de la première année, l'enfant devient capable d'utiliser l'expression émotionnelle d'autrui, pour modifier son interprétation, et son action dans des situations ambiguës.

Ainsi dès la fin de la première année, le bébé considère autrui comme éprouvant des états émotionnels, et est capable d'utiliser d'expression d'autrui comme ressource pour sa propre activité interprétative et évaluative. (Rachel Fenere , opcit , p 49-51).

Conclusion

Les travaux ultérieurs ont confirmé non seulement la nécessité pour l'enfant de l'établissement de liens privilégiés mais ont montré également les variations qualitatives qui pouvaient exister dans l'attachement, variation liées entre autres aux caractéristiques des modalités de réponse de l'adulte, ils témoignent aussi de l'influence de la qualité du lien sur nombreux aspects développementaux.

Chapitre II
Le Développement
Psychomoteur

Préambule

L'évaluation des compétences du jeune enfant est restée longtemps presque exclusivement centrée sur l'évaluation du développement de ses aptitudes motrices. La précocité dans l'acquisition de la marche ou la dextérité dans la préhension des objets constituent encore aujourd'hui des références fortes dans la conception populaire d'un développement avancé. Différents aspects du développement psychomoteur de l'enfant méritent d'être exposés ici en préambule à l'abord de compétence moins connus.

I. La psychomotricité**1. La définition****1.1. La motricité**

La motricité est un terme générique qui renvoie au tonus à la posture et l'activité cinétique d'un individu le développement et la coordination de trois données tiennent une place déterminante dans l'évolution des compétences d'un jeune enfant. (Chariette. M et Adaline. v, 2000, P41).

1.2. La psychomotricité

Les deux termes conjoints psycho et motricité impliquent une articulation fondamentale entre le corps et la psyché. Le champ d'intervention en psychomotricité s'est élargi, diversifié cette nouvelle prise en compte du langage corporel et ce à tout âge a favorisé des mutations dans les orientations des soins préventifs médicaux ou psychologiques :

En psychiatrie : les pratiques à médiation corporelle ont pris une place qu'elles n'avaient pas avant devenant moins occupationnelles et plus soignantes dans leurs objectifs. La prévention s'est développée et de plus de psychomotricité ont été appelés à intervenir dans les crèches les pouponnières, les autres de guidance.

- Les secteurs médicaux, telles les maternités et en particulier les services de néo-natalité et de pédiatrie, ressentent actuellement le besoin de créer

de nouvelles formes d'approche et d'accompagnement dont la psychomotricité fait partie.

- La gériatrie faire appel de plus en plus aux psychomotriciens dans le suivi des personnes âgées. (Catherine. Potel , 2010, P 17).

1.3.La psychomotricité

Représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychique 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. Un psychomotricien s'occupe du corps ont plus précisément de l'investissement de celui-ci son mode d'approche demeure spécifique dans l'aide procurée au patient à trouver un vécu harmonieux qui puisse lui permettre d'ajuster au de réajuster sa personnalité aux conditions de l'environnement et de lui donner ainsi de meilleurs possibilités d'adaptation. (Christian. Ballouard, 2008, P 05).

2. Aperçu historique

C'est moins la dialectique corps/esprit que l'intérêt pour l'enfant est son développement qui est à l'origine du métier de psychomotricien, celui-ci prend de l'ampleur a la fin du XIXème siècle. La réaction naturelle quand un enfant présente des difficultés est de renforcer l'initiative qui consiste à le faire bouger dans son corps pour qu'il soit bien dans sa tête. Le modèle sportif issu d'une tradition militaire apporte ainsi les bienfaits d'une éducation écologique les limite d'une telle approche résident dans la résistance que lui oppose la pathologie du comportement présenté aussi est ce que avec un pouvoir tout aussi naturel que le modèle médical prend de l'ampleur en fonction des progrès scientifiques réalisés son hégémonie oscille alors entre une neurophysiologie du mouvement compatible avec l'engoncement gymnique d'une rééducation et la « psychicisation » d'un comportement qui accompagne le développement d'une prise en charge médico-psychologique et institutionnelles des enfants.

La prise en compte des difficultés de l'enfant émerge dans le contexte de la prise de conscience que l'enfant n'est pas une miniaturisation de l'adulte et de la prise en charge de ce petit homme qui se doit de ne pas errer dans la rue alors que ses parents sont pris dans la tourmente de la révolution industrielle en marche. C'est ainsi qu'il sera scolarisé et que les ancêtres de la psychomotricité connaissent leurs premières interventions. L'aboutissement de cette centration sur l'enfant dans la société durant tout le XXe siècle est l'édiction de la convention internationale des droits de l'enfant en 1989.

L'éducation par le mouvement qui s'étaye sur des valeurs sportive trouve son épanouissement actuel dans l'évolution qui déplace la santé vers le bien être à travers des méthodes d'onces de gymnastique de relaxation et d'exercices respiratoires. La posture inverse qui va jusqu'à médicaliser les problèmes sociaux poursuit la tendance emboite le pas d'une comporte mentalisation des situations. La rééducation psychomotrice emboite le pas d'une comporte mentalisation des situations en appuyant son éducation sur le progrès de la médecine et de son imagerie, voire sur les classifications américaines qu'elle glorifie, tandis que la thérapie psychomotrice se fraye un chemin entre les avancées de la génétique et les apports de la psychanalyse suivant en cela une psychiatrie française qui prône la complexité des situations clinique. Le métier de psychomotricien n'existe pas partout et il ya lieu de repérer le cheminement national qui nous emmène vers celui que tous reconnaissent comme le père de la psychomotricité : Julian de Ajurigurra (1911-1993), grâce à sa distinction entre handicap moteur par essence et déficit mentale par nature, il met en évidence une sémiologie psychomotrice propre à l'enfant à partir d'un symptomatologie connue, mais son reconnue jusque-là l'enfant est confié à l'école et son corps au professeur d'éducation physique et sportive au nom du Sacro-Saint précepte qu'un corps sain contribue à une vie saine. Ce modèle hygiéniste s'encore dans la tradition de réhabilitation de la déviance par des modalités de prise en charge à base gymnique et va fortement imprégner la préhistoire de la psychomotricité.

Il perdure encore aujourd'hui quand la spécificité de ce professionnel cherche à s'exprimer par le choix d'un sport préalable, ou encours de cursus comme support de ces interventions.

La 1^{er} moitié du XX^e siècle répond fort bien cette culture du physique la psychomotricité baigne dans la culture ambiante. De la même façon que S. F raisonne avec des pulsions à l'époque de l'invention de la machine à vapeur. La motricité se laisse encore comporter par cet interactionnisme.

Dans le même temps, les grandes figures de la psychomotricité d'aujourd'hui vont affirmer une clinique rigoureuse, telles Agnès Louras-Petit, Françoise Giromini, Annick Eschapasse, ce sont d'ailleurs leur élève, Fabien Joly, Christan Rabineau et nous même qui allons être à l'origine du centre d'études et de recherches psychomotrices et psychothérapiques (CERPP) avec Patrick-Ange Raoult.

Le CERPP va venir bouleverser la donne institutionnelle de la psychomotricité en posant les questions théoriques et politiques qui dérangent lorsque elles sont abordées avec des exigences de sérieux, de travail et de lucidité. En prenant à bras-le corps les questions encombrantes sur les confins et les légitimités, il continue de faire réfléchir la psychomotricité courte toujours. (Ibid. P 17).

3. La psyché et le corps

- **Le psyché**

Selon le grand dictionnaire de la psychologie : structure mentale de l'être humain, ensemble de ses caractères psychique. (Didier et all, opcit, P612).

- **Le corps**

Le corps est une unité physique dans le sens matériel du terme avec sa surface, son poids et sa profondeur, dont l'activité propre évolue de l'automatique vers le volontaire, se réautomatise plus tard avec une liberté d'action afin de devenir économiquement capable de partager la force et de

l'adresse pouvant acquérir même par son expressivité une valeur dialogique au sémiotique . (Fabien. J. et Geneviève. L, 2013, P 204).

Au cours de son évolution « le corps agit » par l'action de l'autre (car l'enfant est un animal né immature) deviendra corps agissant et transformateur.

Le corps nous est donné, c'est la substance de l'homme, substance qui confirme son existence. Le corps nous appartient, mais il fait partie du monde des formes de la nature il est surface et intérieur, il est inerte et palpitant habitacle et habité.

L'enfant découvre son corps au gré des déplacements qui lui sont imposés et de son activité automatico-réflexe pour ensuite grâce a la maturation une capacité de mouvement dissociés par des rencontres au hasard ou par imitation, il découvre les objets extérieurs et des fragments de son corps.

Il acquerra son autonomie propre lorsque, être mature, par des mécanismes d'accommodation et d'assimilation, il deviendra expérimentateur et vivre son expérience. Dans la ligne de ces développements, il sera le récepteur et l'émetteur de phénomènes émotionnels qui par des mécanismes divers deviendront ultérieurement les affects.

Le corps est une totalité dans laquelle on peut isoler diverses composantes dont les champs d'action sont différents : axes tronc et membres inférieurs d'une part et membres supérieurs d'autre part. Mais à côté de cette charpente, il existe, en outre, des orifices qui avalent et qui expulsent.

Au cours de son évolution, l'enfant vit son corps comme une totalité diffuse et diffusée, passant d'une phase de confusion avec l'autre, comme étant avec et dans l'autre pour vivre en suite le corps de l'autre dans ses mouvements et déplacements et le Sein comme étant lui-même. Le corps pendant une langue phase est récepteur réceptacle, spectateur et acteur, il est lui-même et l'autre par un transitivity qui suit les lois des mécanismes de projection et d'introjection.

Les notions de corps perçu de corps connu, le corps représente le corps vécu ont des sens différents aux divers moments de l'évolution elles dépendent,

d'une part de la maturation d'autre part de l'expérience vécue et de l'expérimentation qui aboutit à la connaissance. Elles méritent d'être précisées et étudiées d'une manière encore plus approfondie par des approches longitudinales et pluridimensionnelles. Il est évident que nous ne pouvons pas distinguer, à un âge précoce le corps angoissant en tant que tel, totalité ou fragment du corps tout donnant et tout recevant et la connaissance du corps qui se développe ultérieurement en même temps que les fonctions cognitives et affectives et qui aboutissent à l'identité, processus dans les différentes phases duquel le corps peut être réceptacle, corps habité ou corps objet dans le champ des phénomènes. Le corps morphologique vécu comme tel ou le corps ressenti ou le corps représenté sont historiquement liés au vécu primitif, mais peuvent prendre une certaine distance par rapport à ce vécu à partir du développement de la perception et de la connaissance (ibid. P215).

4. Le nouage du corps et la motricité

Il s'agit donc de revenir encore une fois (au risque de radoter) sur l'idée que le carrefour psychomoteur est le nouage exacte d'une expérience du corps et de la motricité, d'un faire et d'un éprouvé dans le partage ludique et relationnel avec l'autre et avec le monde se faisant d'un nouage complexe de l'exercice de sa motricité et de ses fonctions dans le plaisir partagé d'un investissement qui vont de l'implication d'un sujet psychique et historicisé et de redire ainsi à ma manière empruntée (maladroite et prise sur la référence à nous maitres) que la psychomotricité est toujours une motricité ludique en relation si non à n'être qu'une motricité mécanique et neurocognitive. Il lustre cette spécificité psychomotrice d'une très modeste vignette clinique assez récente. La mise en jeu ludique et dans la relation du corps et ses enjeux narcissiques et identifications, du corps dans sa globalité relationnelle et dans son lieu à la vie psychique comme dans l'exercice de ses fonctions instrumentales et cognitives dans son rapport au monde autant affectif que cognitif et praxique à la fois équipe mentale, intrapsychique et nécessairement inter subjectif.

L'importance de la mobilisation du fond moteur dans l'expérience de corps en relation propre au dispositif soignant de psychomotricité, permettant un remaniement de la personnalité au réassurance narcissique, un assouplissement des défenses à travers une dynamique identificatoire essentielle. Le but n'est pas moteur mais la possibilité de sentir le corps comme objet total dans le mécanisme de la relation. (Catherine Potel, opcit, P25- 26).

5. Les différents aspects de la psychomotricité

Les travaux de H .Wallon relatent plus particulièrement une approche psychophysiologique de la psychomotricité ceux de J de AjuriaGuerra ont enrichi la théorie de l'émotion de Wallon par l'apport de la psychanalyse, élargissent le champ de la psychomotricité avec l'adjonction, de l'affectif et du pulsionnel. Ainsi la psychomotricité serait à lire comme un langage l'expérience du corps comme un dialogue (dialogue tonico-émotionnel entre la mère et l'enfant avec toute la difficulté du décodage réciproque dans ces échanges).

Dans cette lignée, nous pouvons penser que l'élaboration du concept actuel de la psychomotricité est à considérer sur de bases neurophysiologiques modulées par des données psychologiques voire psychanalytiques. Ainsi nous envisagerons le terme de psychomotricité sous 3 angles différents :

- 1- Évolutionnel
- 2- Éducationnel
- 3- Ré-éducationnel

5.1.L'évolution psychomotrice

D'une part nous pouvons considérer que le processus maturationnel de chacun est inscrit dans son patrimoine génétique. Il n'est a priori pas soumis à l'environnement. Il constitue en quelque sorte le domaine neuro-bio physiologique de l'individu. Ce processus plutôt lié à la progression on somatique est défini par différents lois de maturation telles que : les lois proximo-distale céphalo-candale....

D'autre part le processus développementale est en lien direct avec la mise en place et l'évolution des relations et donc des liens et des rapports avec l'entourage.... Nous sommes ici dans le registre de l'évolution psychoaffective. Tous les auteurs s'accordent à dire que nous ne pouvons envisager l'enfant sur un plan maturationnel en dehors d'un contexte environnemental. Il nous paraît donc impossible de dissocier le processus de l'évolution psychomotrice de l'enfant.

5.2. D'éducation psychomotrice

Évolution et apprentissage, loin de s'opposer, sont deux données indissociables. Il est légitime de penser que l'expérience va rentir sur l'évolution et l'accélérer. Inversement, les exemples ne manquent pas pour confirmer que le défont d'expérience peut retarder, voir bloquer l'évolution.

Se pose alors le problème du dosage, sachant qu'une sur-stimulation peut avoir des effets aussi néfastes qu'une sous-stimulation la stimulation passe par des expériences motrices et psychiques envisagées dans un registre d'engamassions, de construction, elle est largement favorisée par un contexte de désir et de plaisir, c'est à la mère que revient ce rôle de stimulateur, c'est elle qui assume cette lourde tâche du dosage par la mise en œuvre adéquate de sa fonction par excitatrice. . Mais ce sont également les professionnels de l'éducation précoce éducatrices jeunes enfants, puéricultrices auxiliaires de puéricultrices, psychomotriciens...) qui ont à assumer cette tache de stimulations psychomotrices adéquates par des apprentissages optimum C'est dans ce cadre que des professionnels attentifs pourront envisager conjointement les dimensions de dépistage et de prévention.

5.3.La rééducation psychomotrice

Au sens restrictif, nous pourrions dire qu'elle se situe sur la versant de reprendre, rétablir, remettre en forme avec des techniques précises et adaptées à un problème. Dans cette perceptive le travail est donc principalement accès sur le trouble et son évolution.

Ainsi, les exercices proposés qu'utilisent des techniques de réapprentissage corporel, sont en relation directe avec le trouble ou tout au moins le champ du trouble. Pour certains cas et dans certains contextes, cette prise en charge peut être tout à fait appropriée.

Pour d'autres, plutôt que de résoudre le problème présenté par l'enfant, il risque de l'enkyster, sans réelle prise en compte du symptôme initial, sa disparition peut conduire à l'émergence d'un autre par un phénomène de déplacement. (Catherine. P, Opcit, P 65-66)

II. Les lois et les étapes du développement psychomoteur

1. Les lois de développement psychomoteur

Il ya 03 lois:

1.1.La loi de la différenciation

Cette loi implique que la motricité globale fait de décharges tonico-motrices diffuses à tout le cadre corporel et en particulier aux segments membres chez le nourrisson, s'affine progressivement prend une plasticité, se différencie en activités de plus en plus électives et fines au fur et à mesure du développement. Son évolution s'effectue vers un perfectionnement progressif vers une maturation, cette évolution est soumise à la loi de la variabilité, les phrases peuvent successivement alterner entre ascendance, stagnation et régression. Ascendance car découverte d'une nouvelle fonction d'une nouvelle aire, stagnation car accommodation, exploration du ou des modes d'emploi, régression car crainte du changement d'un avenir précisé également dans notre premier ouvrage, le schéma du développement quant à lui et soumis à deux lois fondamentales à la fois successives et simultanées.

1.2. La loi céphalo-candale de Goghil

Cette loi énonce que les muscles de l'axe du corps sont d'autant plus tôt sous le contrôle pyramidal qu'ils sont plus proches de l'extrémité céphalique :

- Muscles oculaires (poursuites visuelles)
- Muscles de la nuque (maintien, rotation, inclusion de la tête)

1.3.La loi proximo-distale

Cette loi énonce que plus les muscles des membres sont proches de l'extrémité céphalique plus ils sont tôt sous le contrôle pyramidal de contrôle de la tonico motricité des racines des membres précède celui des extrémités distales. Ce développement faisant alterner: acquisition-disparition ou automatisa-tion-acquisition (Baruk, 1978, P28).

2. Les principales étapes du développement psychomoteur

2.1. La motricité prénatale

Les mouvements de l'embryon puis du fœtus sont très précoces et constants, ils sont observable dès 7eme semaine à l'échographie. Ce n'est que beaucoup plus tard vers le 4eme mois de grossesse qu'ils sont ressentis par la mère qui ne perçoit en moyenne que 40% de mouvements observable à l'échographie. Ce chiffre est par ailleurs susceptible de variations individuel les très importantes puisque certaines mères ne perçoivent qu'une faible partie de mouvements fœtaux alors que d'autres en perçoivent d'avantage.

Au fur et à mesure du déroulement de la grossesse, les mouvements fœtaux se différencient et se coordonnent suivant trois étapes qui correspondent aux trois trimestres de la grossesse au cours du premier trimestre, le fœtus est presque constamment en activité par la suite, la quantité de mouvement diminue mais ils deviennent plus précis et mieux coordonnés. Enfin, la motricité s'organise de manière cyclique, elle devient prépondérante vers minuit et s'affaiblit le matin. Melen répertorie quinze types de mouvements différents observables à l'échographie entre la 7eme et la 23eme semaine de grossesse depuis les sursauts à la 8eme semaine jusqu'à des mouvements d'ouverture de la bouche à partir de la 10eme semaine et des mouvements oculaires à partir de la 16eme semaine. Des anomalies de la motricité fœtale tant dans ses aspects quantitatifs que qualitatifs peuvent permettre d'évoquer le risque de certaines pathologie. (Michele. G, opcit, P28)

2.2. La motricité à la naissance

Lorsqu'on observe un nourrisson de quelque jour on voit que ses journées sont partagées entre de longues périodes de sommeil alternant avec quelque rares instants de veilles, ou l'enfant, selon sa nature, est plus au moins agité. Le sommeil du bébé communique un état de sérénité unique en son genre, il n'est troublé en général que par la sensation de faim à l'approche des tétées.

A. Des réflexes archaïques ou réaction primaires

Un nouveau-né en état d'éveil sait faire plein de choses voir entendre, goûter, sentir et se mouvoir. Tout fois, son comportement est régie en grande partie par des réflexes involontaire contrôlés par la partie inférieur du cerveau. Les réflexes primaires sont la marque d'un fonctionnement cérébral sous-corticospinal ; leur présence est physiologique chez le fœtus et au cours des premières mois de la vie, indiquant l'absence de dépression du SNC et un tronc cérébral intact mais que ces réflexes se transforment progressivement en mouvement volontaires.

- **Réflexe de succion**

Lorsqu'on lui caresse une joue, un nouveau-né tourné aussi tôt la tête vers la main qui l'effleure est ses lèvres cherchent alors quelque chose à sucer.

La succion non nutritive est également facile à analyser en plaçant le petit doigt, recourbé ver le bas, sur la partie moyenne de la langue, ce seul contact stimule le reflexe du succion. La succion n'est pas un phénomène continu, elle comporte des bouffées de mouvements séparées par un repos intermédiaire, chez le nouveau-né à terme le nombre de mouvement de succion dans une bouffé est de 8 ou plus, le rythme est rapide et la bouffé dure de 4 à 5 secondes. Une forte pression négative est perçue (le doigt est aspiré) lorsque la motricité faciale est normale, assurant une bonne fermeture des lèvres sur le doigt.

- **Réflexe de la marche automatique**

L'enfant est tenu en position vertical d'une seule main placée dans la région thoracique supérieur on observe d'abord le redressement des membres inférieurs et du tronc, de telle sorte que l'enfant soutient pendant quelque secondes une grande partie du poids du corps, l'enfant est ensuite légèrement penché en avant, et une succession de pas est observées la marche automatique implique une contraction rythmique des muscles antigravitaires déclenchées par le contact cutané de la plante du pied. Le nouveau-né peut monter des marches,

mais il ne peut pas les descendre : pour descendre il faut fléchir et pour fléchir il faut le contrôle supérieur.

D'absence de marche automatique n'est pas une anomalie importante au cours des premiers jours de la vie, car la posture très fléchie in-utéro peut rendre pendant quelques jours l'extension difficile et douloureuse cette marche automatique se fait sur la plante des pieds chez l'enfant à terme et sur la pointe des pieds chez l'enfant né prématurément.

- **Réflexe de Moro**

Ce réflexe est dit de « défense ». L'enfant en décubitus dorsal est soulevé de quelque centimètres par une légère traction sur les 2 mains, membres supérieurs en extension lorsque ses mains sont brusquement l'achées, il retombe sur le plan d'examen et de reflexe apparait on obtient d'abord :

- Une abduction des bras avec des avant-bras (ouverture de 1^{er} temps) et ouverture complète des mains.
- Puis une adduction des bras et une flexion des avant-bras (embrassement du 2eme temps).

Cris et anxiété dans le regard fait de la réponse, ce reflexe apparait également si un bébé est rapidement brusques de position le font sur verse sa tete en arriere dans un sur sont. Les changements brusques de position de fond sur sauter.

- **Reflexe d'agrippement on de grasping**

Lorsque l'on place un index dans la pomme de l'enfant cette simulation entraine une forte flexion des doigts. Cette manœuvre peut être faite simultanément des deux cotés et la flexion forte des doigts permet de soulever l'enfant et de l'amener en position assise.

- **Réflexe d'allongement croisé**

Un pied est stimulé par frottement de la plante, le membre inférieur était maintenu en extension. La réponse de la jambe libre à cette stimulation est analysée selon 3 composants :

- Extension, après un rapide mouvement de retrait en flexion ;
- Eventail des orteils ;
- Adductions qui amènent le pied libre sur le pied stimulé.

- **Réflexe tonique asymétrique du cou (RTAC)**

On reflexe de l'escrimeur observé en décubitus dorsal avec rotation de la tête d'un côté bras occipital fléchi, bras facial étendu.

Il existe d'autres réflexe, mais la recherche de quelques-uns suffit : il n'est pas nécessaire de les multiplier

- Réflexe de survie.
- Réflexe des points cardinaux.

B. Motricité-Postures

La motricité du nouveau-né est spontanée, involontaire diffusé, anarchique, bilatérale. C'est l'état d'hypertonie à la naissance.

- **Tenu assis:** Cyphose dorsale global en raison de l'absence de contrôle des muscles vertébraux et lombaires.
- **Position ventral:** Retrouve la position fœtale. Les genoux sont ramenés sous le ventre, le bassin est surélevé, la tête tournée sur le côté.

C. Préhension

La préhension correspond au comportement grâce auquel l'enfant va pouvoir saisir un objet dans son espace environnant et en explorer les propriétés. Nous avons décrit à la naissance une activité non volontaire d'agrippement des objets; il s'agit d'une première forme archaïque de préhension de contact qui perdure jusqu'à 2/3 mois. Le développement de la préhension est rendu possible grâce à

la loi proximodistale et nécessite la mise en place de quatre éléments : la localisation visuelle de l'objet et la manipulation de l'objet. (Ibid. P28)

2.3. Deux mois

A. Motricité-Postures

La motricité du bébé est encore brutale, il sursaute spontanément mais les réflexes archaïques tendent à disparaître. Bébé peut faire des mouvements d'ensemble avec ses bras et ses jambes qui deviennent plus souples.

-**Tenus assis**: la tête tient droite quelques instants et vacille. Le dos est toujours mou.

-**Position dorsale**: flexion ou semi-flexion des membres inférieurs ou supérieurs.

-**Position ventrale**: tient sur ses avant-bras et peut soulever la tête jusqu'à 45° du plan du lit. Le bassin est à plat et les hanches sont en extension.

B. Préhension

Le grasping est plus discret, les mains sont assez souvent ouvertes.

C. Langage

- Émet quelques vocalises ;
- D'abord pleurs et cris, puis production fortuite puis production volontaires;
- Ces vocalisations sont universelle (quelque soit l'environnement linguistique);
- Ce sont les e, en, a ... qui traduisent habituellement état de bien-être et ils sont les même pour les bébés du monde entier.

2.4. Trois mois

A. Motricité-Posture

La disparition de certains réflexes archaïques traduit une maturation cérébrale d'un niveau supérieur.

- **Tenu assis:** tête droite, dos et nuque ferme mais la région lombaire reste faible
- **Position dorsal:** mouvement de flexion et d'extension des jambes, le réflexe asymétrique cou à disparu. Le bébé s'intéresse à son corps c'est l'âge du «regard de la main».
- **Position ventrale:** le bassin repose à plat, hanches en extension, redresse la tête de 45° à 90°. Il prend appui sur ses avant bras.

B. Préhension

Le réflexe de grasping à disparu. L'enfant observe les objets avec intérêt et envie mais ne peut encore les saisir de lui-même.

Lorsque l'adulte place un hochet au contact «de sa main» il l'ouvre et la referme. Il retient le jouet quelques secondes: c'est la préhension involontaire, appelée aussi préhension au contact.

C. Langage

- Il pousse des cris de plaisir.
- Il «parle» beaucoup lorsqu'on lui parle.
- L'enfant fait des répétitions de syllabes déformées; c'est l'âge des gazouillis (onvocalisations prolongées). Exemple : A..... ree ; K..... ree ;

2.5. Quatre mois

A. Motricité-Posture

- **Tenus assis:** la tête reste droite.
- **Position dorsale:** le contrôle de ses muscles abdominaux lui permet de rouler du dos sur le côté.
- **Position ventrale:** relève sa tête à 90°. Redresse son thorax appui sur les coudes. Bébé nage ses membres s'étendent en extension complète.

B. Préhension

- Il réunit ses mains lorsqu'il joue ;
- Il se sert indifféremment d'une main ou de l'autre ;
- Il enlève la serviette que l'on a posé sur sa figure pour jouer ;
- Il essaie d'atteindre les objets avec les mains ;
- Il joue longtemps avec les hochets placé dans sa main et le secoue, mais il perd souvent.

C. Langage

Il rit aux éclats, il gazouillis beaucoup.

2.6. Cinq mois

A. Motricité-Posture

- **Tiré en position assise:** participe activement à ce mouvement en soulevant sa tête et en pliant ses jambes pour aller vers l'avant.
- **Position dorsale:** mouvement de pédalage joue avec ses pieds.
- **Position ventrale:** porte son poids sur ses avant-bras en se redressant. Les avant-bras sont en hyper-extension vers l'avant les mains reposent à plat sur le sol mais il ne peut encore les utiliser pour jouer. Prenant appui sur son thorax, il fait «l'avion». Il essaye de se retourner du ventre sur le dos.
- **Maintenant en position debout:** soutien une grande partie du poids de son corps. Il faut beaucoup de mouvement de pédalage.

B. Préhension

La préhension volontaire apparaît. C'est une préhension cubito-pulmonaire globale qui reste encore imprécise: l'enfant saisit un objet de grosse taille entre la paume et les 3 derniers doigts des mains.

L'enfant porte immédiatement l'objet à sa bouche.

C. Langage

- Ton moqueur, il fait «agueu»
- Bruit mouillé des lèvres

D. Compréhension générale

Il sourit à son image dans le miroir

2.7. Six mois**A. Motricité-Posture**

- **Assis:** position en tripode ou «trépied»
- **Position dorsale:** décolle la tête et les épaules du plan du lit essayant de passer de lui-même de la position couchée à la position assise sans y parvenir. Il ne regarde plus ses mains mais il saisit ses pieds. Il se retourne dos-ventre.
- **Position ventrale:** se redresse ses mains et non plus sur les avant-bras. Il peut facilement faire usage de ses mains pour jouer.

Maintenant en position debout: supporte pratiquement tôt le poids de son corps sur ses jambes et adore sautiller : c'est le stade de «sauteur».

B. Préhension

La préhension volontaire globale est bien acquise.

- Il peut tenir 02 cubes et regarder un 3eme posé sur la table.
- Il lâche un cube lorsqu'un autre lui est donné si les cubes disparaissent, il ne les cherche pas.

C. Langage

C'est l'âge de «lallations»: l'enfant fait des roulades avec des chaînes de syllabes, il varie le volume, le débit de ses expressions. Il babille.

D. Compréhension générale

Lorsqu'il jette un jouet il regarde où il est tombé et essaie de le récupérer: c'est la permanence de l'objet.

- Il sourit et vocalise devant son image dans le miroir;
- Il tend les bras pour être pris.
- Il manifeste son plaisir et son mécontentement.
- Il n'aime pas qu'on lui prenne un jouet.

2.8. Sept mois

A. Motricité-Posture

- **Assis sans soutien:** il tend les mains vers l'avant pour éviter de tomber: c'est le stade du parachutiste.
- **Position dorsale:** saisit ses pieds et suce des orteils. Il a pris connaissance de son corps.
- **Position ventrale:** supporte son poids sur une main pour saisir un objet. Se tourne sur les deux sens.
- **Maintenir en position debout:** saute et s'accroupit déployant une grande vitalité.

B. Préhension

L'enfant peut lâcher un objet lorsqu'il le désire: c'est le relâchement volontaire global, le mouvement n'est pas encore ajusté; il manque de précision.

Il passe les objets d'une main à l'autre et le frappe violemment entre eux ou sur une table.

Il peut grader un jouet dans une main sans le lâcher lorsqu'on lui offre une deuxième tentative de préhension en pince inférieure il saisit les objets par la base du pouce et le petit doigt.

C. Langage

Produit des syllabes: ba, da, ka

D. Compréhension générale

- Il imite les actes simples.
- Il tapote sa propre image dans un miroir.
- Il répond à l'appel de son prénom.

2.9.Huit mois**A. Motricité –Posture**

- **Tient assis seul:** Il modifie sa position pour atteindre un objet : exemple se pencher en avant.
- **Position dorsal:** peut se soulever en position assise en prenant appui sur un côté en s'aidant avec son bras
- **Position ventral:** peut soulever son corps tenu uniquement sur les mains et la pointes des pieds: c'est l'ours

Il peut se déplacer en utilisant les retournements: 1^{er} mode de la locomotion.

B.Préhension

Il perfectionne sa préhension par pince inférieure. Entre 8 et 10 mois, l'index commence à jouer un rôle plus précis, il se délie. Si l'enfant tient 2 cubes dans ses main on lui en présente un 3eme, il peut lâcher un cube pour saisir ce dernier.

C.Langage

Il combine des syllabes : da, da, ba, ba. Il imite les sons.

D. Compréhension on générale

Il comprend la signification du «non».Il cherche les jouets jetés.

2.10.Neuf mois**A. Motricité**

- **Assis:** pivote sur les fesses

- **Position ventrale:** il apprend à ramper les mouvements commencent à reculer.
- Il se met debout en se tenant aux meubles et au parc.
- Il tient quelques instants et tombe, passe de la position en décubitus à assis.
- Avec l'appui de ses mains en passant par la position du «lapin», ou en se servant de l'appui latéral d'un coude, puis de la main.

B. Préhension

Préhension en pince supérieure: l'enfant peut saisir un objet de petite taille entre la base du pouce et l'index. C'est le début d'une meilleure indépendance manuelle.

C. Langage

Apparition des premiers mots. La plupart du temps, il s'agit de syllabes redoublées: mama puis viendront ensuite papa ou mimi ou kiki

3.9.3 Compréhension générale:

Il compare 2 cubes en les réunissant.

Il apprend à tendre un jouet à ses parents dans un premier temps il refuse d'abandonner le jouet, dans un deuxième temps il le donne: il a un échange

Il fait sonner la clochette

Il attire l'anneau par la ficelle: c'est la notion d'outil.

2.11. Dix mois

A. Motricité

Il marche à 4 pattes. Il se met debout seul en position de «chevalier servant» en se tenant aux meubles, fait quelques pas et tombe souvent.

B. Préhension

Préhension en pince supérieure fine: l'objet est saisi entre la partie distale du pouce et l'index.

C. Langage

Il utilise soit des monosyllabes, soit des syllabes redoublées. Il comprend le sens général de phrase et fait souvent le geste pour accompagner le mot.

Un mot veut dire des tas de choses. C'est le «mot symbole». Exemple: il peut dire «Lo» pour désigner non seulement le fait mais tout autre liquide, utilise papa, maman de façon approprié.

D. Compréhension générale

- Il tire sur les vêtements pour attirer l'attention.
- Il fait «au revoir» de la main et «bravo»
- Il aime introduire et retirer un objet d'une boîte: c'est la notion de contenant et de contenu.

2.12. Onze mois- douze mois

A. Motricité

- **Marche de l'ours:** c'est la marche à 4 pattes plus assurée sur les mains et les pieds.

-**Début des premiers pas:** marche tenu par les mains de l'adulte on pousse un déambulateur (bassin en arrière). Il marche seul en prenant appui aux meubles: il cabote. Debout, il se baisse pour ramasser un jouet.

B. Préhension

Il aime pointer son index inquisiteur vers les objets ses manipulations plus fines lui font acquérir le sens de la profondeur du solide, du contenant et de contenu, du haut et du bas, de la côté, du dehors et du dedans, du séparé e du réuni.

C. Langage

Entre 11 et 15 mois, l'enfant va utiliser un langage global significatif. Il s'agit «de mots phrases» du type «tombé bobo», «Mama gâteau», c'est un jargon toujours peu explicite. Il dit 2 mots ayant une signification.

D. Compréhension générale

Il aime emboîter les objets les uns dans les autres (jeux gigogne, jeux d'encastrement): il remet un rond dans le trou. Il peut envoyer une balle à l'adulte qui joue avec lui. Il peut comprendre la signification de phrase simple comme «ou est ta chaussure?» «Va chercher ton doudou».

2.13. Quinze mois**A. Motricité**

- Il marche seul.
- Il monte l'escalier à 4 pattes.
- Il se met debout seul sans appui mais son équilibre est insuffisant et tombe massivement. Il s'agenouille sans aide: passe de debout à assis.

B. Compréhension

- Le relâchement manuel est plus fin et plus précis.
- Il peut introduire des pastilles dans le goulot d'une bouteille.
- Il sait tenir sa cuillère mais la met à l'envers dans sa bouche.
- Il sait tourner la page d'un livre mais saute plusieurs pages en feuilletant.
- Il gribouille.

C. Langage

Entre 15 et 24 mois, il perfectionne le langage global significatif. Exemple (cathy poupée cassée) = la poupée de cathy est cassée

Il faut remarquer que l'enfant range ses mots selon leur importance Arrecife.

Il se place souvent en premier, ensuite il place la poupée qui lui tient à cœur et le mot «explicite» de la situation arrive le dernier vocabulaire de 4 à 6 mots.

D. Compréhension générale

- Il demande des objets en les montrant du doigt.
- Il aime jeter, renvoyer, pousser.
- Il sait faire une tour de 2 cubes.

2.14. Dix-huit mois**A. Motricité**

- Il monte et descend les escaliers en tant la rampe.
- Il commence à courir.
- Il s'accroupit pour ramasser quelque chose.
- Il commence à sauter sur ses 2 pieds.
- Il court (jambes et bras écartés), les chutes sont fréquentes.

- Il peut tirer un jouet derrière lui en marchant.
- Il peut marcher en reculons.

B. Préhension

- Il peut lancer la balle sans tomber et pousser du pied un ballon.
- Il peut retirer ses chaussures sans lacets et tous les vêtements qu'ont pas de fermetures éclairées ou de boutons.
- Il peut manger seul et assez proprement.
- Il aime faire des gribouillis.

C. Langage

- Le babillage devient langage.
- Il y'a conceptualisation et association à une «étiquette mot» il y'a intention de communiquer.
- Tentative de maîtrise des productions sonores, privilégiant les sons de langue (ou des langues) de l'environnement modification des productions selon le contexte social, exemple: production de sons différents avec le père et avec la mère.

D. Compréhension générale

- Il imite les adultes dans les tâches domestiques: enlève la poussière, nettoie et lave.
- Il sait désigner 2 ou 3 partie de son corps (nez, yeux, bouche).
- Il comprend un a deux ordres données et les exécute.
- Il s'intéresse aux livres d'images et sait désigner une a deux images (chien et chat).
- Il peut être propre le jour, avec quelques accidents occasionnels.

2.15. Deux ans**A. Motricité**

- Il monte et descend l'escalier seul sans alterner les pieds (pose les 2 pieds sur chaque marche)

- Il court vite (l'équilibre est meilleur), tourne en cercle, sautille, grimpe, danse.
- Il tape dans un ballon avec précision et équilibre.

B. Préhension

- Il a acquis une grande souplesse du poignet et une bonne, rotation de l'avant- bras, dessine avec un crayon bien tenu (prise digitale).
- Il sait tourner la poignée d'une porte, dévisser un couvercle, manger avec une cuillère.
- Vers 2 ans et demi, il copie un rond.

C. Langage

C'est l'âge de l'exposition du vocabulaire, il parle constamment.

- Il fait «des phrases explicites» et abandonne le jargon du langage global, faire des phrase ne veut pas dire «parler adulte», il aura toujours un langage enfantin qui ne doit pas inquiéter.
- Il utilise le «je», le moi, le «tu». il utilise le verbe.
- Il réunit 2 ou 3 mots en une phrase.

D. Compréhension générale

- Il nomme 4 à 5 images.
- Il comprend 2 à 3 ordres donnés.
- Il peut désigner 4 à 5 parties de son corps.
- Il peut être propre la nuit.
- Il connaît 1 à 2 couleurs et peut placer un objet sur un autre de la même couleur.
- Il peut compter jusqu'à 3-4.
- Il est capable de placer 3 à 4 éléments d'un puzzle correctement.
- Il aide pour se déshabiller.

2.16. Trois ans**A. Motricité**

- Il monte et descend les escaliers comme un adulte (en alterné).
- Il saute la dernière marche de l'escalier (par jeu).
- Il saute sur un pied et peut maintenir l'équilibre sur un pied quelques seconde (à la demande).
- Il conduit un tricycle.

B. Préhension

- Il peut s'habiller seul et très souvent sait utiliser bouton et fermetures éclairées
- Il peut mettre des chaussures seul: vers 4 ans il lacera.
- Il aide à desservir la table sans caser la vaisselle.
- Il sait dessiner un cercle.
- Il fait une tour de 10 cubes (démonstration).
- Il copie une croix, il utilise une paire de ciseaux à bout rond.

C. Langage

L'enfant produit «il courra» par analyse d'autre forme verbales au passé simple, telle que il alla, il marcha, il ne se sert pas d'un modèle produit par l'adulte.

D. Compréhension générale

- Il connaît quelques chansons enfantines.
- Il sait compter jusqu'à 10.
- Il peut nommer 8 images et 8 parties de son corps.
- Il répond à 3 ou 4 ordres donnés à la suite.
- Il a une maîtrise de sphincters anal et vésical (propreté totale).
- Il dit son nom et son âge. Il dit son sexe.

2.17. Quatre ans**A. Motricité**

- Il pédale bien avec une bicyclette sans roues latérales.

- Il monte et descend de la voiture.

B. Préhension

- Il peut boutonner ses vêtements complètement.
- Il construit des ponts de cubes.
- Il copie un carré.

C. Compréhension générale

- Il pose des questions sur sa taille.
- Il sait reconnaître quel est le plus large de 2 traits.
- Les notions hautes, bas, grandes, petites sont acquises.
- Il s'interroge sur hier, demain, pareil, pas pareil, quand (durée) et comment.

2.18. Cinq ans

A. Motricité

Il sautille sur ses deux pieds, saute à cloche, pied

B. Préhension

- Il peut lacer ses chaussures.
- Il reproduit un triangle.

C. Compréhension générale

- Il distingue le matin de l'après-midi, il compare 2 poids.
- Il s'habille et se déshabille.

2.19. Six ans

A. Motricité

- Il saute pied joints.
- Il tape la balle dans le but.

B. Préhension

- Il enroule le fil autour d'une bobine.
- Il coud avec une grosse aiguille.

C. Langage

Le langage est correct avec une extension du vocabulaire et une amélioration de la syntaxe

D. Compréhension générale

- Il nomme les jours de la semaine.
- Il reconnaît sa droite et sa gauche.
- Il connaît son adresse et son téléphone. (Nelly. T, 2004, P15-37)

3. Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur intervient comme prologue d'une prise en charge le plus souvent pour lequel la thérapie psychomotrice met l'accent sur la motricité et en relation d'objet pour reprendre la désignation qui résulte d'une organisation complexe de la personnalité.

3.1. L'entretien

L'entretien clinique est le principale instrument dont dispose le psychologue qu'il s'agisse d'évolution ou de thérapie à l'exception de quelques cas (enfants, sujets sans langage... etc.). La majeure partie des informations provient du discours dont la particularité est de faire exister les objets, les faits, les situations en dehors de leur présence concrète.

3.2. L'épreuve

Les tests et les échelles sont situation standardisée servant de stimulus à un comportement qui est évalué par comparaison statistique avec celui d'individus placés dans la même situation, afin de classer le sujet soit quantitativement soit typologiquement. Il y'a plusieurs test et échelles de psychomotricité et on a choisi le plus utilisé et le plus connu c'est « Brunet et Lézine »

L'échelle de développement psychomoteur de la petite enfance de Brunet et Lézine a été totalement révisée et ré étalonnée sur une population française à la fin des années 1990, les compétences requises dans le carnet de santé pour l'examen de 4 mois, 9 mois et 2 ans sont discutées à la lumière de ces données

normatives récentes et d'autres « signes d'alarme » pertinents sont suggérés. (Catherine, Torrette, 2001, P15-16)

- **Matériel du test**

Il a été amélioré dans la BLR et réactualisé mais reste simple et les objets ont été adaptés à l'âge de l'enfant évalué.

La feuille de questions adressée aux parents a été supprimée, le cahier d'examen (BLR-F) et la feuille de niveau (BLR-E) ont été conservés.

Le cahier d'examen : sur la première page, sont inscrits les renseignements concernant l'enfant, les pages suivantes seront utilisées en cours de passation pour décrire les comportements et réaction de l'enfant.

Les pages sont construites en tableau, dans la première colonne s'inscrivent les numéros d'items, la seconde concerne l'âge en mois, la troisième précisant le domaine observé (P-L-S-C) la quatrième décrivant l'item et une dernière colonne concerne l'observation.

La feuille de niveau: la première page regroupe le calcul d'un âge de développement partiel et global, ainsi qu'un quotient de développement et un profil. La feuille de niveau est utilisée pour le rapport des résultats de la page 2 à la page 4, l'observation notera les résultats en terme d'échec (-) ou réussite (+). Ici les questions ne sont pas regroupées selon la situation de l'examen (debout, position couchée) comme dans le cahier d'examen, mais selon le niveau d'âge, chacun de ces niveaux comprend 10 items associant les 4 différents domaines (P-L-S-C). (Laurence Vaivre. Douret, Ibid, P 44- 45).

Les 3 étapes de la consultation : écouter, regarder, toucher.

1. Écouter

La 1^{er} étape essentielle de l'examen pédiatrique est d'écouter les parents, généralement on commence par discuter avec eux tout en observant l'enfant assis sur leurs genoux ou qui joue dans la salle d'examen on précise : les antécédents familiaux, les antécédents personnels, l'histoire du développement

psychomoteur, le comportement de l'enfant, les courbes de poids, taille et périmètre crânien.

2. Regarder

On observe d'abord l'enfant dans ses comportements spontanés sans le solliciter : la gesticulation spontanée globale, son caractère symétrique, délie ou figé sa mimique faciale, son regard comment regarde-t-il ses parents s'intéresse-t-il à l'examineur ? en cas de mauvaise interaction sociale, il faut d'abord se demander si l'enfant voit et s'il entend, si un

3. Le toucher

Les deux premières étapes de la consultation (écouter et regarder) sont fondamentales, elles apportent 90% des informations. L'examen clinique proprement dit ne vient que vérifier les hypothèses faites d'après l'anamnèse et l'observation à la recherche d'arguments supplémentaires. Par exemple, devant un retard de la marche, l'examen clinique permet d'apprécier le tonus axial et segmentaire, la force musculaire proximale et distale. Les réflexes pour étayer une origine centrale (pyramidale cérébelleuse) ou neuromusculaire (neuropathie, myopathie) ou au contraire vérifier l'absence d'anomalie neurologique objective. Mais c'est un examen difficile qui peut être trompeur. En cas de doute, il faut revoir l'enfant à distance, voir faire appel à un neuropédiatre.

❖ L'examen néonatal

Plus qu'à n'importe quel âge, l'examen d'un nouveau-né commence par l'observation de son comportement spontané la gesticulation spontanée est riche, initialement désordonnée alternant mouvement d'extension et de flexion. L'orientation vers la lumière douce est présente dès la naissance. Le nouveau-né à terme suit sur 90%. Les réactions aux stimuli sonores sont présentes dès la naissance. Le nouveau-né réagit à un bruit fort: il sursaute ou grimace, il a un réflexe cochléo-palpébral il pleure s'il était calme ou arrête de pleurer, il modifie son rythme de succion. En cas de doute l'analyse des auto-émissions acoustique proposée dans le carnet de santé permet de vérifier l'audition.

Le tonus axial est évalué par la manœuvre du tire assis de nouveau-né est en décubitus dorsal. On l'empaume par les épaules et on l'assoit. Pendant cette manœuvre, on note le contrôle de la tête, le passage de la tête, le tonus du tronc chez le nouveau-né la tête est freinée, maintenue quelques secondes dans l'axe, l'évolution motrice se fait dans le sens

4 Le cadre de la prise en charge en psychomotricité

L'élément primordial est le « cadre psychomoteur » que nous pouvons envisager à deux niveaux. D'une part, le cadre physique ou dispositif qui est représenté par l'aspect concret: les horaires, la fréquence, la durée, l'organisation, le lieu, le matériel. Tous ces éléments vont servir de support dans le réel pour le cadre psychique. Ces éléments développent la spécificité de la relation psychomotrice.

Le psychomotricien utilise un matériel qui favorise l'expression et la créativité, en ayant présent à l'esprit que le matériel principale est le corps et son expressivité tant au niveau du patient que du thérapeute.

Le matériel peut représenter au patients, mais parfois ce matériel peut devenir source d'angoisse intense et source de déstabilisations. Le psychomotricien tentera de décrypter le langage corporel et d'en donner du sens pour entrer en relation avec le patient tant par le corps que par les mots. La thérapie psychomotrice est une thérapie contenant et d'étayage qui va permettre au patient d'accéder à une élaboration psychique, cette thérapeutique envisagée dans une interaction entre le patient et le psychomotricien sera fonction de l'évolution de la capacité interprétative du soignant.

Le cadre psychomoteur, un cadre qui garantit l'unité thérapeutique tant au niveau du lieu, du temps de l'écoute que de l'toucherai. Au regard de ces éléments nous pouvons dire que la prise en charge en psychomotricité est une forme de thérapie s'adressant spécifiquement

- Au corps ;
- À son intégration dans le temps et dans l'espace ;

- À l'articulation somato-psychique ;
- Mais aussi à l'inconscient somatique du sujet, en remodelant son image corporelle et permettant au patient d'accéder à une élaboration psychique. (ibid. P 25).

Conclusion :

Les progrès de la motricité au cours de la première année ont une très grande importance. Ils dépendent de la maturation du système nerveux. Chaque progrès moteur va servir d'instrument au bébé dans sa découverte du monde. Tout handicap sur le plan sensoriel et moteur peut donc avoir des répercussions sur son développement.

Chapitre III

Infirmité motrice cérébrale

Préambule

Toutes nos activités, des plus simples aux plus complexes, sont gérées par le système nerveux, qu'il s'agisse de la prise de conscience d'événements extérieurs, des actions motrices entreprises pour réagir à une situation donnée, ou de la résolution de problème, ce système est formé du rassemblement de plusieurs milliards de cellules nerveuses, regroupées en différents centres et actions nerveux intégrant et régularisant des différentes sensations et actions et atteinte des circuits nerveux empêche l'établissement des synergies musculaires (coordination des contractions musculaires) et des lésions encéphaliques d'origine prénatale (85%) par (anoxie, hémorragie), ou post-natale (15%) (Encéphalite, méningite) engendre une infirmité motrice cérébrale (IMC).

I. Le système nerveux central

Les corps cellulaires des neurones se rassemblent et forment les deux structures du système nerveux central, localisées, l'une dans la boîte osseuse crânienne (l'encéphale), et l'autre dans le canal rachidien (la moelle épinière), certains axones quittent ces cavités osseuses pour constituer les nerfs du système nerveux périphérique.

1.1. L'anatomie du système nerveux centrale (SNC)

1.1.1. L'encéphale

Il est subdivisé en trois parties : le cerveau, le tronc cérébral, et le cervelet.

- Le cerveau

Le cerveau constitue la partie la plus volumineuse de l'encéphale, il comprend deux hémisphères cérébraux, le droit et le gauche, que le Sillon inter hémisphérique sépare d'avant en arrière plusieurs commissures relient entre eux les deux hémisphères, dont le corps calleux, formé du rassemblement d'axones passant d'un hémisphère à l'autre. Les différentes parties de la surface du cerveau sont : les lobes (frontal, pariétal, temporal, occipital) pairs et symétriques (Robert. Rigal, 2003, P 12).

- Le tronc cérébral

Il fait suite à la moelle épinière et se continue en haut avec les hémisphères cérébraux, il communique en arrière avec le cervelet il comprend de bas en haut : le bulbe rachidien, la protubérance annulaire, les pédoncules cérébraux, recouverts en arrière par les tubercules quadrijumeaux.

- Le cervelet

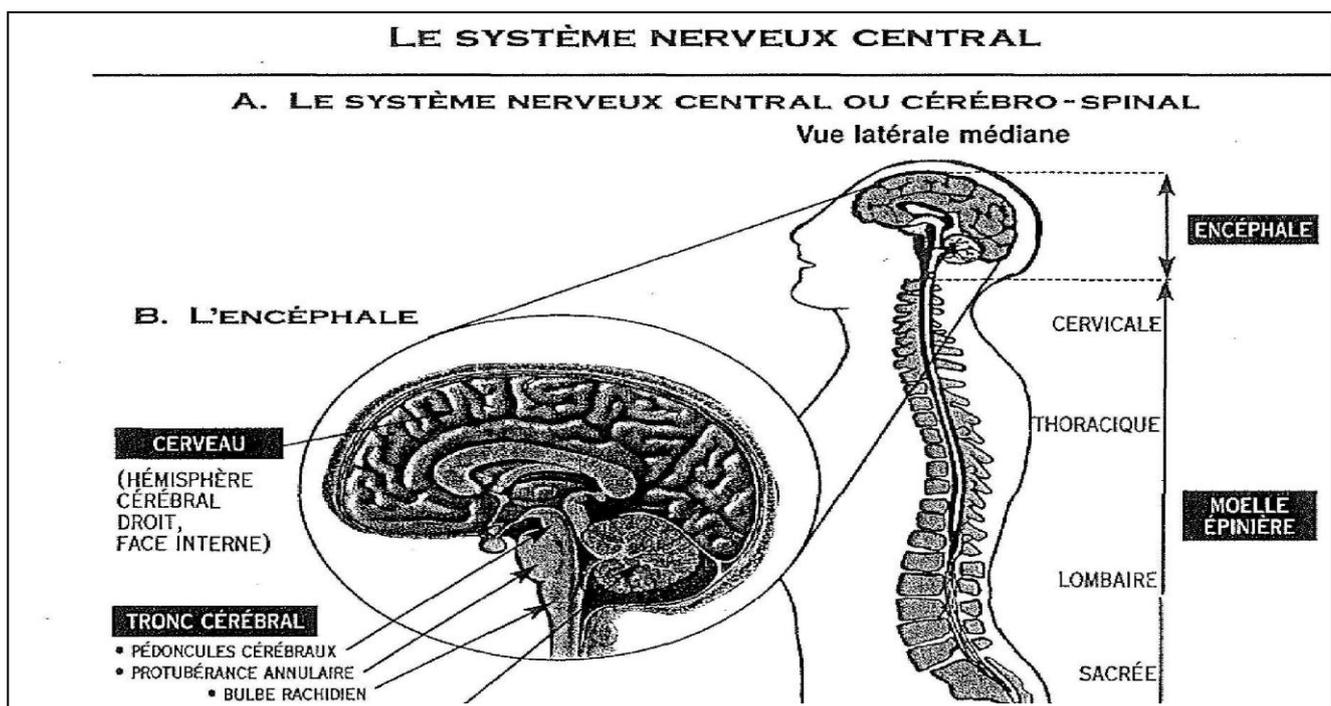
Le cervelet est placé en arrière du tronc cérébrale, est formé du vermis et des deux hémisphères cérébelleux, des sillons permettent de distinguer un certain nombre de circonvolution. (G. Braillon, 1981, P 20-78)

1.1.2. La moelle épinière

La moelle épinière apparait comme un cordon blanc légèrement aplati d'avant en arrière, long de **45 cm** environ, d'un diamètre moyen d'environ **1 cm**, en haut, elle se continue par le bulbe rachidien, en bas elle se continue par un cordon fibreux d'environ **25 cm** de long. (Ibid. P12).

- Sur une coupe horizontale

Elle a la forme d'un long cylindre parcouru par deux sillons (antérieur, postérieur) elle est composée de nombreux cordon de substance blanche, au centre de la substance grise (Robert. R, opcit, P 23)



1.2. La physiologie du système nerveux centrale

Le cortex assure les fonctions « sensorimotrices » complexes de la vie, de relation consciente et volontaire, ainsi que celles de fonctions supérieures de l'intelligence ou du langage.

1.2.1. Le lobe frontal

Le lobe frontal intervient dans le contrôle de l'activité motrice. Si on stimule l'aire motrice(4) : on provoque la contraction de l'un ou l'autre muscle du corps, et l'aire pré motrice (6), assure les coordinations musculaires nécessaires à la réalisation des mouvements dont les ajustements posturaux.

Plus en avant, l'aire motrice supplémentaire : intervient en particulier dans les tâches de coordination bimanuelle, et dans la préparation des mouvements.

Le lobe frontal renferme enfin les centres de contrôle du langage parlé, localisés par la plupart des sujets dans l'hémisphère gauche (aire de BROCA) et ceux des mouvements oculaires (aire oculomotrices 8).

1.2.2. Le lobe pariétal

Il reçoit les afférences somesthésiques (issue des récepteurs disséminés dans la peau, les muscles, les tendons et les articulations de l'ensemble du corps. Les aires somesthésiques de la pariétale ascendante (3,1,2) selon le même principe que celui mis de l'avant pour les représentations motrices, les aires pariétales (5,7) participent à la mise ne place de la programmation ,et à la constitution du schéma corporel, les aires pariétales postérieurs interviennent dans la vision pour la localisation de la cible, la perception des mouvement et celle de la profondeur.

1.2.3. Le lobe temporal

Est associée à l'audition aire (41) et à la compréhension des sons, aires (42 et 22), sa partie inférieure, interne reçoit des afférences olfactives, une autre

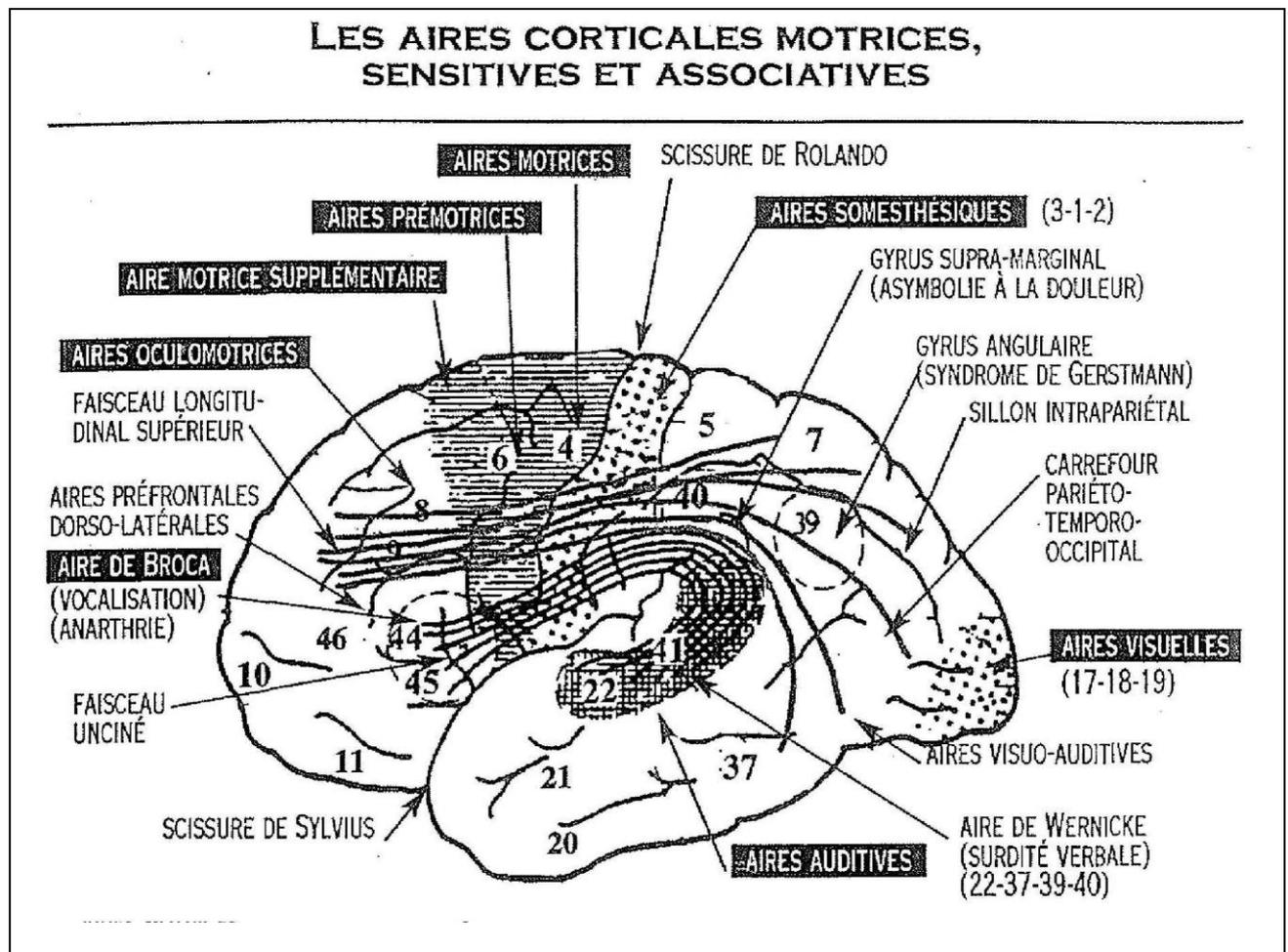
partie inférieure sur la face externe, participe à la vision pour l'identification des objets (formes, couleur).

1.2.4. Le lobe occipital

(Aire 17, 18, 19) sont responsables de la vision, relié aux yeux par des fibres établissant des relais dans le « thalamus », il permet la détection et l'identification des formes ou des objets.

1.2.5. Le lobe limbique

Il fait partie du système limbique lequel inclut aussi différents noyaux, il intervient de façon très importante dans le contrôle des émotions et dans les processus de la mémoire, un des noyaux qui lui est relié l'hypothalamus, assure l'équilibre du milieu interne (ou homéostasie : température, quantité de liquide). (ROBERT Rigal. 2003. Ibid. P 18).



- 1) Les noyaux des nerfs crâniens.
- 2) Les noyaux propres du tronc cérébral.
- 3) Les vaisseaux ascendants.
- 4) Les vaisseaux descendants.
- 5) Les fibres propres du tronc cérébral.
- 6) La substance réticulée.

-Dans les noyaux des nerfs crâniens on peut citer les noyaux responsables de la motricité :

1) noyaux somato-moteurs

On distingue deux colonnes motrices dans le tronc cérébral :

A. Une colonne située très près de la ligne médiane, destinée aux éléments somatiques qui donneront les muscles moteurs de l'œil et de la langue, on y trouve de haut en bas :

- 1- Le noyau du moteur oculaire commun.
- 2- Le noyau du pathétique (zone proche de l'œil).
- 3- Le noyau du moteur oculaire externe.
- 4- Le noyau du grand hypoglosse (qui est sous la langue).

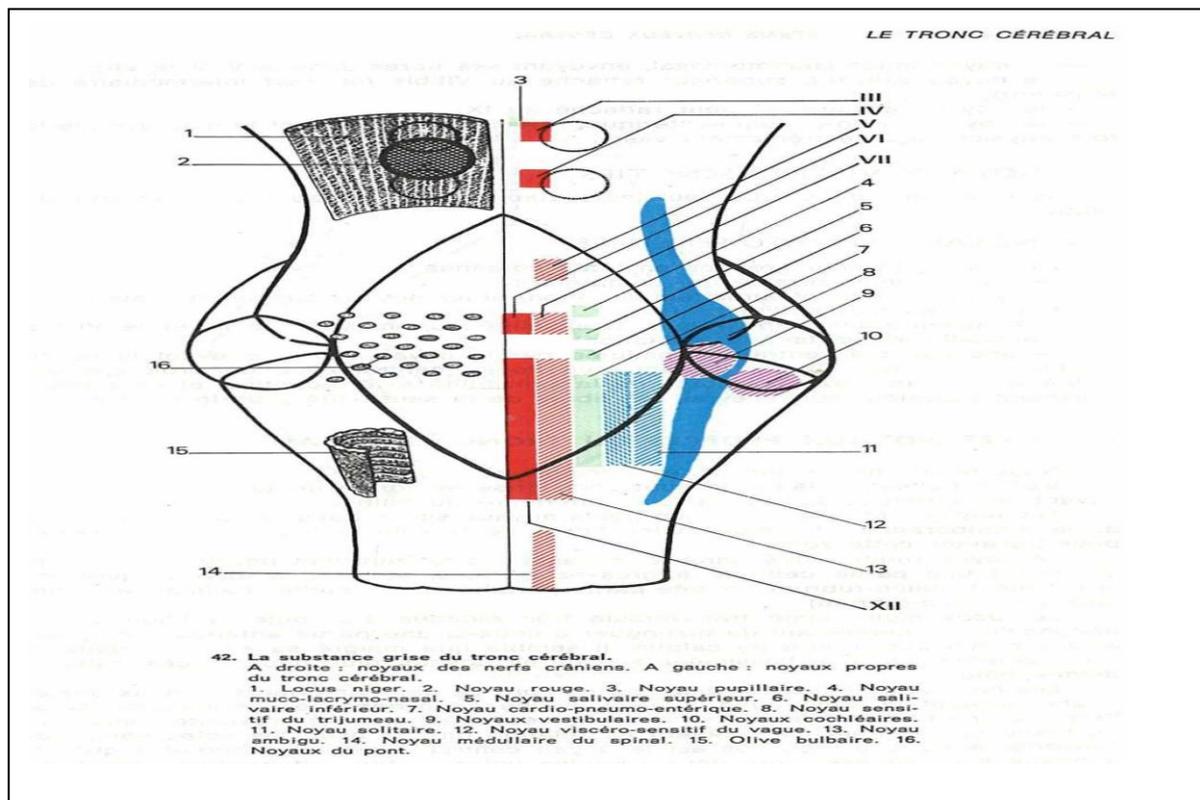
B. Et une colonne située un peu plus en dehors et un peu plus en avant (colonne ventrale) destinée aux éléments branchiaux avec

- 1- Le noyau masticateur du trijumeau (relatif aux nerfs crâniens de la 5^{ème} paire).
- 2- Le noyau du facial
- 3- Le noyau ambigu qui envoie des fibres dans :
 - le glosso-pharyngien (qui a rapport à la langue et au pharynx.
 - le vague ou pneumogastrique (qui est commun aux poumons et à l'estomac).
 - le spinal.

2) Noyaux viscéro-moteurs

Ils sont situés en dehors des précédents, et comprennent toujours de haut en bas :

- 1- Les noyaux de la motricité intrinsèque de l'œil, annexés aux noyaux du noyau pupillaire (III).
- 2- Le noyau muco-lacrymo-nasal, envoyant ses fibres dans le (V) et le (VII).
- 3- Le noyau salivaire supérieur rattaché au (VII bis) (ou nerfs intermédiaire de Wrisberg)
- 4- Le noyau salivaire inférieur rattaché au (IX)
- 5- Le noyau cardio-pneumo-entérique, rattaché au (X) et dont le nom évoque le rôle physiologique extrêmement vaste.



1.2.7. Le cervelet

On peut distinguer (3) secteurs, auxquels reviennent des fonctions différentes :

- 1- Le petit lobe « flocculo-nodulaire » : il contrôle l'équilibration.

2- En arrière de lui, apparaît le « paléo-cérébellum » : il contrôle le tonus musculaire.

3- Enfin la partie la plus postérieure forme le « néo-cérébellum » : est chargé de la coordination des mouvements volontaires.

*le cervelet apparaît comme le centre nerveux chargé du contrôle de l'activité motrice.

1.2.8. La moelle épinière

Schématiquement on trouve des différentes cellules motrices et sensibles :

- Dans la corne antérieure

1- tête (partie antérieure) : cellules transportant la « motricité volontaire » des muscles striés (somato-motricité) (couvrir de stries de marques parallèles)

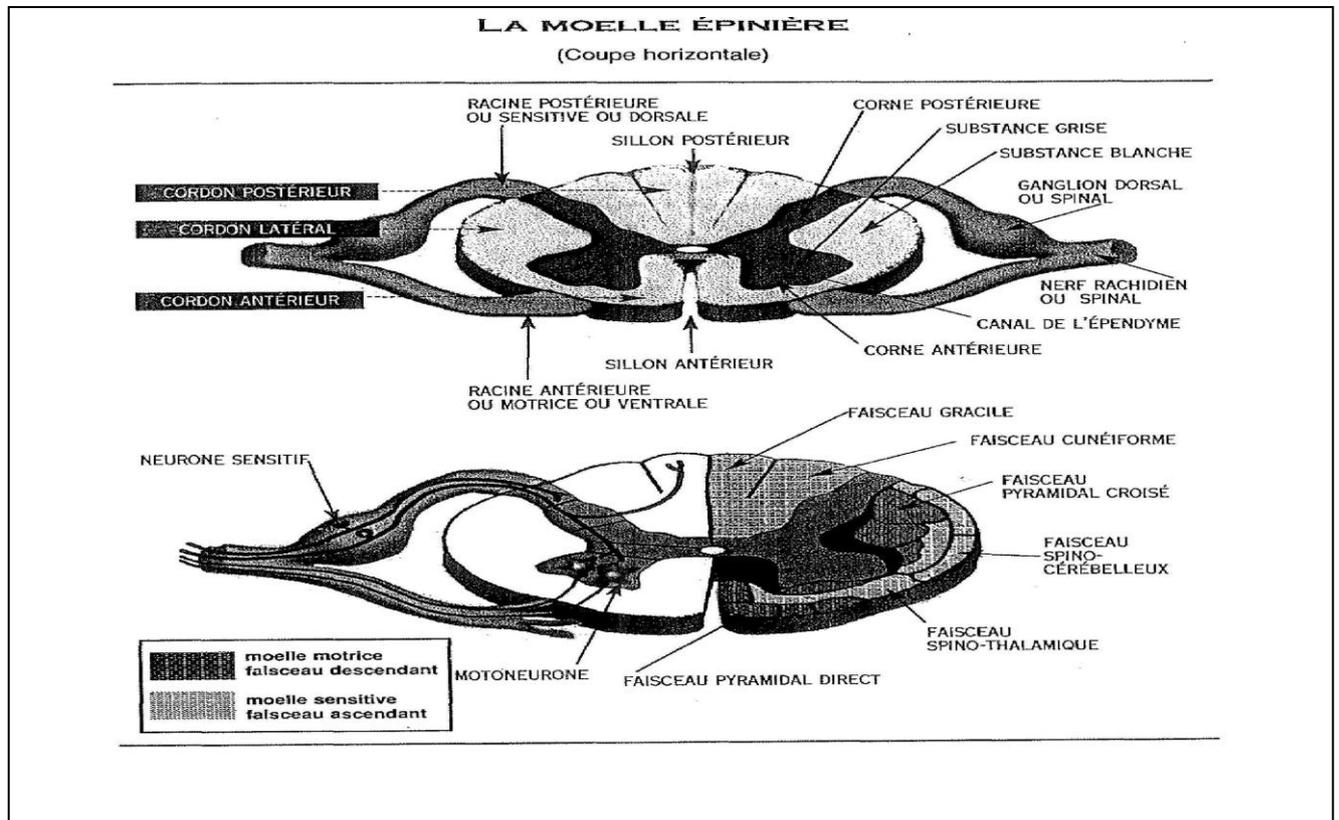
2- brase (partie juxta-épendymaire) : cellules transportant la « motricité involontaire » des muscles lisses (viscéro-motricité).

- Dans la corne postérieure

1- tête : cellules transportant la « sensibilité extéroceptive » c'est-à-dire ; tactile, douloureuse et thermique (relatifs à la chaleur) des tégument(tissu organique qui recouvre le corps).

2- col : cellules transportant la « sensibilité profonde ou proprioceptive (c'est-à-dire des os, articulation et muscles).

3-base : cellules transportant la « sensibilité intéroceptive » (c'est-à-dire des viscères. (G. Brailon , opcit, P 58- 78).



II. Les facteurs affectant la croissance

On distingue deux facteurs : internes et externes

2.1. Les facteurs internes

2.1.1. Les gènes

Les facteurs génétiques (assurés par les 23 paires de chromosomes) exercent une grande influence sur la croissance des aberrations chromosomiques peuvent se produire (trisomie 21), plus de 1600 causes possible de maladies ou de malformations provenant d'un défaut de l'expression du message génétique de l'ADN ont été répertoriés (le prélèvement et étude du liquide amniotique, permet la détection des désordres génétiques chez le fœtus.

2.1.2. Le sexe

Jusqu'à 10 ans, il existe peu de différence entre les deux sexes en ce qui concerne la croissance, après cet âge, la poussée pubertaire intervenant plus rapidement chez les filles que chez les garçon, les premières sont toujours plus proches de leur état adulte que les garçons.

2.1.3. Les hormones

Les hormones sont des substances chimique organiques spécifiques qui sont sécrétées par des glandes endocrines, qui assurent la coordination des différentes fonctions chez tout organisme pluricellulaire, leur répartition dans le corps est assurée par le sang, elles agissent bien sur le psychisme que sur la croissance ou le comportement.

Les hormones génitale produisent les changements caractéristiques du sexe à la puberté, chez les garçons le développement des organes génitaux et l'apparition de la mue et de la barbe réagissant à la testostérone. Chez les filles, les règles apparaissent et les seins se forment sous l'action combinée des hormones œstrogènes et de progestérone qui règlent le cycle ovarien.

2.1.4. Le poids à la naissance et la prématurité

Près de 8% des enfants naissent prématurément (entre 6 et 9 mois) ou avec un poids à la naissance inférieur à la normal (2.5 kg). La plupart d'entre eux souffrent de problèmes respiratoires, circulatoires ou digestifs ainsi que le problème d'immunité.

Alors que seulement 8% des enfants prématurés nés entre 31 et 32 semaines présentent des troubles psychomoteurs à un an, ce pourcentage grimpe à 40% nés entre 25 et 26 semaines, et à 50% si leur poids à la naissance est inférieur à 800g.

Les enfants nés avec un poids très faible, ayant des performances scolaires très souvent en dessous de la moyenne.

Tableau N°01 : Effet de la prématurité sur le développement des enfants.

Age gestationnel (en semaine)	% d'enfant nés vivant	% d'enfant ayant des troubles psychomoteur
25-26	31	40
27-28	53	17
29-30	75	21
31-32	83	8

2.1.5. Les maladies

Au cours d'une maladie, le processus de croissance se trouve ralenti, le phénomène de « rattrapage » apparaît aussitôt après la guérison, si la période de maladie n'a pas été trop prolongée, et ne se situe pas pendant la première année.

2.2. Les facteurs externes

2.2.1. La nutrition

Parmi les facteurs mésologiques, la nutrition exerce une influence capitale, car elle permet ou non au modèle génétique de s'accomplir une alimentation saine au cours des premières années, puis pendant la période de croissance, assure le développement normal de l'enfant, l'alimentation doit assurer entre la naissance et la fin de l'adolescence l'apport nécessaire à la croissance et aux dépenses énergétiques courantes des tissus.

2.2.2. Le régime alimentaire

Pour assurer les apports énergétiques et nutritionnels adéquats, un régime alimentaire équilibré doit contenir des aliments provenant des quatre grands groupes :

- 1- Viandes, poissons, œufs et substituts.
- 2- Lait et produits laitiers.
- 3- Fruits et légumes.
- 4- Pain et céréales, les besoins caloriques d'un enfant se répartissent normalement ainsi : 15% de protéines, 35% de lipides, 50% d'hydrates de carbone.

2.2.3. Les vitamines

Les vitamines substances organiques indispensables règlent la croissance et le développement, chacune possède des fonctions spécifiques.

- La vitamine A

Intervient dans la croissance et le développement des cellules, sa carence diminue la vision, et assèche la peau, son excès donne des maux de tête, des nausées, détériore le foie et les os, colore la peau en jaune.

- la vitamine D

Favorise l'absorption du calcium intestinal, et sa fixation sur les os et les dents, sa carence entraîne le rachitisme (les jambes deviennent arquées) avec les douleurs osseuses et musculaires, son excès provoque des troubles digestifs (vomissement, diarrhée).

- La vitamine E

Favorise la régénération de la peau, diminue les risques de maladies cardiovasculaires.

- La vitamine K

Permet la synthèse par le foie d'une enzyme nécessaire à la coagulation du sang.

- La vitamine C

Favorise l'absorption du fer, renforce le système immunitaire, évite les hémorragies gingivales.

- La vitamine B

Sont multiples :

B1 : intervient dans le métabolisme des glucides, et prévient les atteintes du système nerveux et du cœur.

B2 : joue un rôle dans la respiration cellulaire et le fonctionnement du système nerveux, sa carence se traduit par des troubles digestifs et cutanés.

B3 : prévient les troubles cutanés, digestifs et nerveux (sensitifs, moteur, psychique).

B6 : facilite le métabolisme des acides aminés, l'intégrité des membranes cellulaires, sa carence se traduit pas un ralentissement de la croissance et l'apparition de troubles nerveux.

B9 : agit sur la composition du sang, sa carence génère une anémie mégaloblastique et serait associées a la malformation congénitale du Spina Bifida.

B12 : favorise la formation des globules rouges et empêche l'anémie pernicieuse (diminution des globules rouges).

2.2.4. Les maladies et l'alimentation de la mère

Les maladies contractés par la mère au cours de la grossesse ont également des répercussions sur le développement de l'enfant, Rubéole, syphilis, grippe, sont la cause de malformation congénitale, d'autant plus grave que la mère est atteinte plus tôt dans la grossesse, lorsque l'embryon a encore très peu de cellules, le stress de la mère agit sur la croissance du fœtus. Des difficultés périnatales dont l'absence d'oxygène (anoxie) causent souvent des perturbations irréparables dans le développement ultérieur de l'enfant. (Robert. R, 2003, opcit, P. 108- 124).

3. l'infirmité motrice cérébrale

1. Généralités

1.1. Spécificité de l'I.M.C

Définir l'IMC revient également à définir ses spécificités, 3 éléments sont à retenir :

- a. Une lésion survenue sur un cerveau en développement.
- b. Une lésion non évolutive.
- c. Une combinaison de troubles incluant toujours un déficit moteur (élément commun à toutes les formes d'IMC). (Patrick, Gohet. M, 2009, P 9-10).

1.2. Définition de l'IMC

L'infirmité motrice cérébrale est due à des atteintes cérébrales survenues dans la période périnatale, qui entraînent des troubles de la posture et du mouvement sans caractère évolutif, ces atteintes cérébrales ont suffisamment préservé les facultés intellectuelles, pour permettre une scolarisation (Michel le Métayer, 1999, P11).

1.3. La prévalence de l'IMC

L'infirmité motrice cérébrale affecterait aujourd'hui **2.5 personnes sur mille**. Elle touche **125000** personnes en France. Des statistiques ont été dévoilés sur la prévalence de cette maladie en «Algérie», elle affecte **3.8 nouveaux cas pour 1000naissances**, sont signalés en moyenne chaque années dans notre pays.

Révélation et description des troubles.

2.1. La révélation (comment se manifeste-t-elle?)

Les signes révélateurs souvent signalés par les parents

1.3.1. Les premiers signes

Sont des difficultés dans le développement de la motricité, un enfant qui ne tient pas sa tête, qui ne peut ramper en s'aidant des membres inférieurs, qui tarde à se tenir assis seul, et qui n'utilise qu'une seule main.

1.3.2. Un peu plus tard

Des membres inférieurs raides, une main toujours fermée, une tenue du tronc asymétrique, par contre, ces enfants témoignent d'une intelligence normale, ils ont une compréhension des situations, et manifestent un intérêt pour des jeux de leur âge.

1.3.3. Chez les enfants nés prématurément

L'électroencéphalogramme {enregistrement de l'activité électrique du cerveau} et l'échographie transfontanellaire {la fontanelle : petit espace entre les « os » du crâne présent chez le nouveau-né} répétés dans les premières semaines de vie, constituent les meilleurs prédicteurs de séquelles motrices, liées aux lésions cérébrales. Une fois constituées, ces lésions peuvent être visibles sur les examens, tels que le {Scanner} mais surtout l'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui permet d'apprécier le moment de leur constitution. (Véronique Leroy. M, 2002, P154).

1.4. La description des troubles (types)

Ces difficultés motrices qui peuvent altérer le maintien, la marche, les gestes de la vie quotidienne, sont décrits soit en fonction de la nature du trouble dominant, soit en fonction de la localisation de l'atteinte.

1.4.1. En fonction de la nature du trouble dominant

- L'enfant spastique

Est une atteinte paradoxalement, et à la fois de raideur et de faiblesse musculaire, ces raideurs parasitent la posture et le mouvement l'enfant spastique, ne peut coordonner relâchement et contraction des groupes musculaires antagonistes, tous ses muscles sont hypertoniques et hypercontractiles, les contractions prédominent aux membres supérieurs aux organes phonatoires, et peuvent s'accroître en cas d'émotions fortes, les mouvements s'arrêtent à mi-chemin par impossibilité de relâchement musculaire des muscles opposés à ceux qui se contractent.

- L'enfant athétosique

Il a une intelligence souvent normale ou supérieure à la moyenne, il peut être pris à tort pour une déficience mentale, car il a du mal à contrôler ses gestes et à s'exprimer oralement de façon compréhensible, on observe des mouvements spasmodiques involontaires, et incontrôlés qui parasitent l'action volontaires, cette agitation manifeste au niveau des membres et de la tête, et elle peut s'accompagner d'une incontinence salivaire, et de mouvement de reptation de la langue, la surdité est parfois associée à l'athétose.

.- L'enfant ataxique

Le syndrome dominant est une mauvaise coordination des mouvements volontaires, qui se traduit souvent par une démarche mal assurée et un équilibre corporel instable; la coordination Viso motrice est fréquemment affectée Ces symptômes sont présents chez environ 5% des enfants atteints d'IMC; ils sont donc relativement rares. (Henning. R et Miriam. D, 1989, P 13).

En fonction de l'atteinte motrice dominante

Traditionnellement l'IMC est classifiée en 6 groupes en fonction de l'atteinte motrice dominante.

.- La diplégie spastique

Se manifeste essentiellement aux membres inférieurs, une anamnèse de prématurité est habituelle, et on trouve classiquement à l'imagerie cérébrale des lésions de leucomalacies pré ventriculaire bilatérales.

- L'hémiplégie spastique

Se manifeste au niveau d'un hémicorps, dans la plupart des cas, elle est associée à des lésions focales traumatiques vasculaires, ou infectieuses avec souvent une perte de substance cérébrale visible à l'imagerie.

- La tétraplégie spastique

Se manifeste aux 4 membres, il s'agit d'une atteinte globale, le plus souvent sévère, qui affecte aussi l'oromotricité, elle est associée à un taux élevé de comorbidités (retard mental, reflux gastro-œsophagien, broncho-aspiration, épilepsie), et a une espérance de vie diminuée, elle est fréquemment due à une encéphalopathie hypoxique, ischémique périnatale.

- L'IMC dystonique

Se caractérise par des mouvements et des postures involontaire, elle accompagne habituellement d'une dysarthrie et une dysphagie, mais fréquemment les capacités cognitives sont préservées, ce tableau est du à une dysfonction des noyaux gris centraux, et à une anoxie prénatale sévère (historiquement l'ictère nucléaire en était la cause principale).

. L'IMC ataxique

Se présente par un déficit d'équilibre de coordination, et de la motricité fine avec une dissymétrie, ces enfants sont souvent hypotonies les deux premières années de vie, elle est due à une atteinte cérébelleuse.

- . L'IMC mixte

Englobe des tableaux moteurs composites associant le plus souvent des signes de spasticité et de dystonie. (Christopher Newman. L, 2006, P20)

2. L'étiologie et les troubles associés d'IMC**2.1. L'étiologie :****• Prénatal**

- Prématurité : naissance avant 37 semaines de gestations.
- Poids de naissance < 2500g.
- Infections (TROCH).
- Choriomnionite.
- Grossesse multiple.
- Age maternel < 20 et 34 ans.
- Eclampsie sévère.
- Toxicomanie.
- Saignements 3eme trimestre.
- Hyper thyroïde.

- Déficit en iode.
- **Périnatal**
 - Travail prolongé.
 - Rupture prolongé.
 - Anomalies de présentation.
 - Bradycardie.
 - Hypoxie.
- **Postnatal**
 - Méningite.
 - Encéphalite.
 - Hypoxie.
 - Hypotension.
 - Convulsions.
 - Coagulopathies.
 - Ictère.
 - Traumatisme crâniens cérébrale. (ibid. P20)

2.2. Troubles associés

2.2.1. Les troubles intellectuels

L'efficacité intellectuelle et les possibilités d'apprentissage sont très variable d'un enfant IMC à l'autre : certains, peu nombreux, peuvent poursuivre des études supérieures alors que d'autres ne seront jamais capables d'apprendre à lire. L'association entre déficit intellectuel et nature du trouble moteur. Pour « Roby Gillen », les enfants spastiques auraient plus fréquemment un trouble intellectuel associé que les enfants athétosique alors que pour Arthuis (1991), l'intelligence est en général préservée dans les diplégie spastique et les dystonies athétoses un retard mental est observé chez la moitié des sujets hémiplégiques et chez les majorités d'enfants ataxiques.

2.2.2. L'épilepsie

Ces crises de convulsions avec perte de connaissance concernent les auteurs et suivants la nature des atteintes, entre 20 et 60% des IMC. Plus le niveau intellectuel est faibles, plus les crises se répètent et sont difficiles à prévenir avec traitement. L'épilepsie est plus fréquemment chez le « spastique » que chez athétosiques ou elle est rare et plus fréquemment dans les hémiplegies (27 à 44% des cas) que dans le diplégie.

2.2.3. Les troubles instrumentaux

Des troubles de l'organisation gestuelle et motrice sont fréquemment trouble de l'exécution du geste, les difficultés de freinage, de contrôle ou de parasitage de mouvement de conception du geste peut être si perturbée que l'enfant IMC.

2.2.4. Les déficits sensoriels

- **Déficits auditifs**

Selon certains auteurs 25% des enfants IMC seraient atteints de surdité ou l'hypoacousie (il s'agit d'une insuffisance de l'acuité auditive correspondant à la déficience auditive légère et moyenne. Elles vont avoir une incidence défavorable sur l'apprentissage du langage. La surdité est généralement méconnue car non recherché il s'agit souvent d'une surdité ou d'une hypoacousie sélective qui ne touche que certaine fréquemment du champ auditif.

- **Les déficits visuels**

L'IMC peut toucher aussi les muscles oculaires, ainsi 69% des enfants IMC sont atteints de strabisme en particulier les enfants déplégiques. Les strabisme peuvent compromettre l'acuité visuelle, ceci permet de comprendre que 20% des IMC sont atteints d'amblyopie unilatérale

Le champ visuel peut aussi être rétréci surtout chez les enfants hémiplegiques, l'enfant perçoit un monde instable, flou en perpétuelle modification. On comprend alors qu'il ait plus grandes difficultés à construire une représentation cohérente du monde qui l'entoure à acquérir les notions d'espace de permanence des objets ou les relations cause à effet.

- **Les troubles de la sensibilité**

Les troubles de la sensibilité ne sont pas rares chez les hémiplegiques, il s'agit en général de trouble du transfert intermodal ou astérognosie : ils ne peuvent reconnaître les objets avec leur main sans le contrôle de la vue.

- **Les troubles du langage**

Ces troubles décrits avec précision par Rondal et Seron, sont d'origine divers, ils peuvent résulter de l'atteinte auditive touché également les muscles de l'appareil phonatoire ou d'une atteinte auditive fréquemment.

L'enfant n'entend pas bien et va donc avoir du mal à s'exprimer correctement, ces troubles concernent essentiellement la parole soit l'enfant ne parle pas du tout, soit il parle mal. Le positionnement de la voix peut être affecté elle peut être trop grave chez l'enfant athétosique, on note également des troubles de l'articulation et du rythme de la parole (bégaiement). Donc ces troubles décrits séparément peuvent donner lieu à des combinaisons multiples à des degrés divers et donc donner des tableaux cliniques très variables d'un enfant à l'autre. (Michèle Catherine .Tourrette, 2014, P 51 -54)

3. La prise en charge des enfants IMC

- **Le rôle de soutien après le diagnostic e la révélation du handicap**

Le rééducateur est la personne qui peut apporter un certain réconfort au parent en montrant les potentialités motrice de leur enfant. Sont pas toujours été suffisamment évoquées par le médecin.

L'action éducative et thérapeutique aide à montrer dès les premiers séances qu'il y'a des progrès et aussi engage pour réduire les conséquences du handicap.

Un autre aspect de soutien, c'est réalisé conjointement avec l'action thérapeutique pour répondre aux besoins particuliers des enfants handicapés pour vivre comme tous les enfants et tenter de recevoir lorsque les parents expriment leur souffrance.

Quoi qu'il en soit, sa sollicitude pour l'enfant, la pertinence des conseils et la qualité de l'éducation thérapeutique demeurent les faits les plus marquants au regard des parents dans le respect des règles professionnelles.

- **Les principales aides à lui apporter**

Aider l'élève au niveau des apprentissages : IMC est une pathologie qui peut limité considérablement l'autonomie et en général une pathologie motrice plus modérée. Il faut une intervention été adaptation concernant davantage les troubles cognitifs : (langage, mémoire, geste, regard, attention, ... etc.).

Aider l'élève dans sa motricité : apporter de l'aide à l'enfant dans son installation et parfois lors des repas et aussi l'aider pour la motricité fine (toute ce qui nécessite des actions motrices précises) nécessaire pour dessiner ou écrire.

Les conseils sont à adapter en fonction de l'âge de l'enfant et de ses difficultés personnelles que vous apprendrez à connaître au fil du temps. Faites-vous aider par l'enseignant ou meme l'orthophoniste si possible.(Michèle. M, opcit, P 175)

Conclusion

La maturation du système nerveux annoncé à la naissance, se poursuit au cours des années suivantes par la mélanisation des axones et la synaptogenèse, elle rend fonctionnel le système nerveux, favorisant le développement perceptivo moteur, cognitif et social de l'enfant, mais en cas d'une infirmité motrice cérébrale toutes ces fonctions seront endommagées et on perçoit une grande altération au niveau du développement moteur.

Chapitre IV

Partie Méthodologique

Préambule

La méthodologie de recherche est un ensemble de méthode et des techniques qui orientent l'élaboration de recherche, et guide la démarche scientifique.

Dans ce chapitre on va tenter de présenter la méthode sur laquelle on s'est basé pour effectuer notre recherche, aussi que le terrain et la population d'étude, et les outils de recherche qu'on a utilisé.

1- Les étapes de la recherche :

1-1-la pré-enquête :

Elle est considérée comme étape capitale, et la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique.

Nous avons effectué notre pré-enquête au sein de centre psychopédagogique des enfants handicapés mental de SOUK-EL TENINE – BEJAIA.

Avant de commencer notre recherche, on a d'abord rencontré la directrice, afin d'expliquer notre thème et avoir l'avis favorable, cette dernière nous a orienté chez le psychologue, pour l'encadrement durant le stage.

Nous avons visité les classes pédagogiques pour prendre contact avec les enfants IMC, et surtout pour affirmer la faisabilité de notre test.

Cette pré-enquête nous a permis d'effectuer une observation directe au moment d'exécution leurs différentes activités (dans la classe, la récréation, cantine) .ces contacts se passait de façon agréable et naturelle, et nous avons obtenu la coopération de leurs éducateurs, et on a pu collecter plusieurs informations concernant notre thème.

1-2 Présentation de lieu de recherche

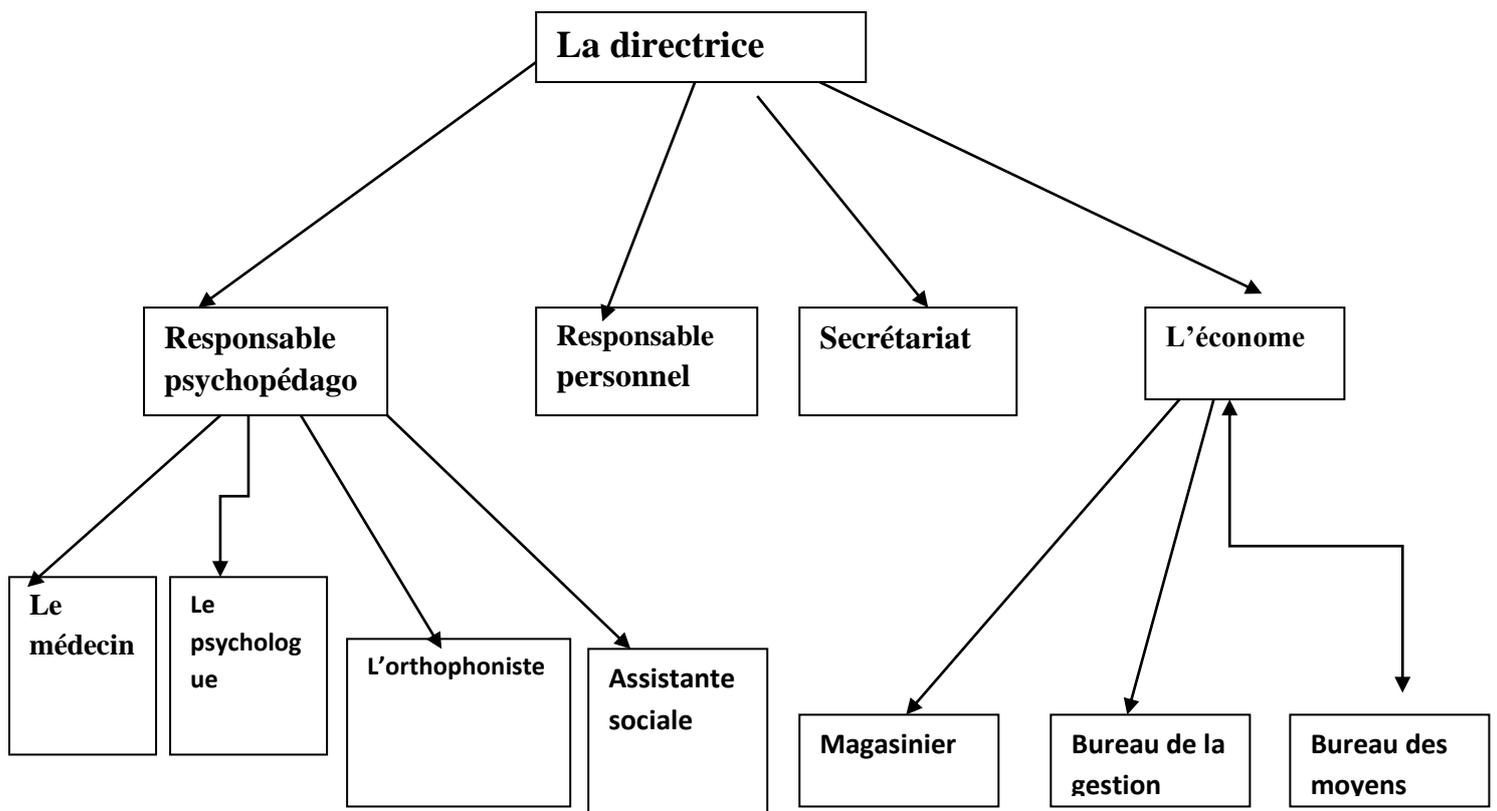
Présentation du CPPEHM

Il a été créé sous le décret n° ; 13.308 du 05.09.2015, il a ouvert ces portes le 03.12.2014 situé dans une ville côtière à 35km à l'est de Bejaia, qui est le chef-lieu de la daïra de Souk el Tenine.

La ville de Souk El Tenine est à 60km de la wilaya de Jijel et à 75km au nord-ouest de de la wilaya de Sétif, installé au débouché de l'oued Agriouen sur le littoral, au croisement des Rn9 et RN43.

-L'architecture de CPPEHM

L'organigramme du CPPEHM :



Nombre de place présente : le CPPEHM à une capacité d'accueil de 120 enfants, actuellement le nombre d'enfant scolarisés à ce jour 52 enfants répartis selon les catégories d'âge et le niveau et la densité du retard mental.

Mission :

Aujourd'hui, le C.M.P.P. œuvre à préserver ou à restaurer l'intégrité physique et psychique des enfants et adolescents qui lui sont confiés, il les aide à construire leur autonomie, à renforcer les liens avec la communauté afin de leur garantir l'exercice effectif de la citoyenneté. Les familles y trouvent un lieu d'écoute où la parole de l'enfant peut s'exprimer librement, où l'approche des questions est globale et fondée sur la pluridisciplinarité des équipes.

Le C.M.P.P. fonctionne comme un établissement de prévention, de diagnostic et de traitement et se définit comme un service de soins doté de compétences multidisciplinaires du champ médical mais aussi de spécificités situées hors du champ traditionnel de la médecine (sciences de l'éducation).

Son action de soin s'inscrit dans le champ médico-social, dans le but de permettre le développement personnel et la meilleure adaptation possibles du bénéficiaire dans les différents milieux de vie.

Organisation et rôle : Le CPPEHM prend en charge des enfants présentant une déficience intellectuelle, dont l'âge est varié entre 03 ans à 15 ans. La population accueillie est hétérogène ou le centre prend en charge toute la gamme des inadaptés mentaux, moyen léger et profond.

Le CPPEHM prend en charge les enfants sous le régime de demi-pension, sa capacité d'accueil est de 120 enfants.

Pour répondre aux attentes spécifiques de la prise en charge et d'optimiser l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire, un programme a été élaboré et fixant les axes psychopédagogiques à suivre à chaque enfant ou groupe d'enfant dont l'objectif est :

-Développer les capacités de l'enfant à être attentif et imiter, communiqué avec les personnes qui l'entourent.

-Développer les capacités de l'enfant à demander de l'aide et exprimer ces difficultés.

-Faciliter la compréhension et l'utilisation du langage.

-Favoriser le développement des relations affectives et sociales.

-Favoriser le développement de la construction et la création imaginaire.

Projet institutionnel :

Projet d'intervention : il comprend des consultations (psychologique, orthophonique, assistante sociale), repartie quotidiennement selon les cas difficiles, ainsi que le suivi en externe.

-Projet pédagogique : s'adresse aux enfants présentant capacités intellectuelles émergentes, à même de les développer par le biais des activités pédagogiques élémentaires.

-Projet éducatif : consiste à mener des activités de stimulation et éveil, tel que l'éducation psychomotrice, sensorimotrices, ludique, et de socialisation.

Projet thérapeutique : consiste à rapprocher l'enfant par une demande globale et cohérente afin d'atténuer, canaliser et dépasser les difficultés d'ordre somatique, psychologiques, relationnelle, pour son développement harmonieux de sa personnalité et de ces compétences sociales. (CPPEHM Souk EL Tenine, 2014)

- Tableau N°2 : Répartition des classes selon les objectifs

Classe	Objectifs
<p>EVEIL</p> <p>Stimulation</p> <p>Observation</p> <p>Scolaire</p>	<p>D'adapter l'enfant à une nouvelle intégration dans son monde éducatif</p> <p>De stimuler l'enfant dans tous ces cotés (sensoriel, intellectuel, physique)</p> <p>Réservé uniquement aux élève nouvellement inscrit , la durée varie entre 3 a 6 mois, afin de déceler les points positifs et négatifs.</p> <p>Enfants éveillés ayant un niveau de compréhension et d'assimilation acceptable, cette classe renferme des élèves déjà scolarisés dans le cycle normal.</p>

2-La méthode de recherche

Dans cette recherche on a employé la méthode clinique, qui fait appelle à la méthode descriptive, fondée sur une relation entre le clinicien et le sujet, médiatisée par la parole, mais aussi par des graphes, des contes, des textes, ou des groupes.

Parmi les techniques de cette méthode, on trouve l'étude de cas, qui se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas, cette perspective psychodynamique a l'avantage de situer le sujet par rapport à son histoire et à sa famille, ce qui permet de comprendre les difficultés rencontrées par le sujet.

3-Critères et représentation de groupe de recherche

3-1-les critères de sélection de notre groupe de recherche

- notre population d'étude est constituée de jeunes enfants intégrés au sein de centre, avec un retard mental léger sauf le cas de Samir.
- tous les enfants ont une infirmité motrice cérébrale.
- tous les enfants peuvent parler.
- le groupe d'étude est constitué de sexes différents.

3-2-les caractéristiques de groupe de recherche

Notre échantillon d'étude contient (04) enfants dont, trois (03) filles, et un (01) garçon âgés entre (09 à 12 ans), sont placés dans différentes classes.

Ce tableau présente chacune des caractéristiques de notre groupe (sexe, âge, classe, l'âge mental, type d'IMC, date d'insertion).

Tableau N°3 : représentatif des caractéristiques du groupe de recherche.

Prénom	Sexe	Age	QI	Classe	Type d'IMC	Date d'insertion
Chaima	Féminin	14ans	56	Eveil 2	tétraplégie	6/09/2015
Melissa	Féminin	11ans	63	Eveil 2	Tétraplégie	6/09/2015
Baya	Féminin	13ans	50	Eveil 2	Tétraplégie	6/09/2015
Samir	Masculin	9 ans	Sans retard. M	4 ^{eme} année primaire	diplégie spastique	/

NB : les prénoms cités dans le tableau suivant ne sont pas les vrais

Prénoms des enfants.

La dominance revient au sexe féminin, avec un pourcentage de trois(03) filles sur un (1) garçon, ensuite la caractéristique d'âge est entre (09ans et 14ans), avec un retard mental léger pour les trois filles uniquement.

Pour le niveau scolaire, le garçon est scolarisé dans une école ordinaire, et les trois filles sont placées dans **CPPEHM**.

Concernant les types, se varie entre deux(02) types : tétraplégie (filles) , diplégie spastique (garçon) .

4- Les outils de la recherche

Dans notre recherche, nous avons utilisé comme technique : l'observation, l'entretien clinique de type : semi-directif, et le test projectif (patte noir) de LUIS Corman.

4-1- L'observation clinique

L'observation clinique est une action de considérer avec une attention suivie la nature, l'homme, la société, afin de les mieux connaître, L'observation est donc une des formes de l'attention, un prolongement de l'attention, l'laquelle se définit comme une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier. (ALBERT Ciccon,1998,p16)

4-2- l'entretien clinique**4-2-1- Définition de l'entretien clinique :**

L'entretien clinique est à la cour de la pratique des travaux, il est pratiqué par les psychologues, les psychiatres, et d'autres spécialités de la santé mentale.

Son but est de recueillir des informations sur les comportements présents, et passés, les attitudes et les émotions, ainsi que l'historique détaillé du problème, et de la vie de l'individu en général.

L'entretien de recherche n'a ni visée diagnostique, ni visée thérapeutique, mais il correspond en fait à un plan de travail du chercheure, et cet entretien conserve un caractère sérieux et approfondi.

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien de type semi-directif qui se caractérise par des questions ouvertes.(André Guittet,2008,p9)

L'entretien semi-directif:

- Plus contraignant pour l'enquêteur, il consiste à poser des questions précises, libellées d'avance, suivant un ordre prévu, l'enquêté est libre de répondre comme il le désire, mais dans le cadre de la question posée. (COLETTE Chiland,1989,p118-120).

Présentation du guide d'entretien utilisé

Les entretiens établis avec les parents étaient de type semi directif pour favoriser l'expression personnelle. Les questions posées concernant la relation affective entre l'enfant et ses parents et sur le développement psychomoteur de l'enfant.

Il se base sur les axes suivants :

Axe I : En premier lieu on procède au recueil des renseignements personnelle sur l'enfant, dont l'objectif de présenter et l'identifier dans notre recherche.

Axe II : le développement affectif de l'enfant : cet axe se compose d'un ensemble de question ; qui réfère à connaître le développement affectif de l'enfant.

Axe III : renseignement sur le développement psychomoteur : cet axe se compose d'un ensemble de question dans le but de connaître les étapes de développement de l'enfant.

4-3 le test projectif (PN)**4.31 Fondements théoriques et méthodologiques**

Elaboré entre 1959 et 1961 par L Corman afin d'explorer les conflits profonds de l'âme enfantine. Il s'inspire de «Blacky Picture Test » de G.S.Blum 1950 pour présenter l'histoire d'un seul animal et de sa famille.

Le test PN s'appuie sur la théorie des stades et des sous-stades du développement libidinal. L Corman préconise la technique de libre choix des planches afin de rendre compte de la complexité non linéaire des rythmes individuels.

En référence à la conception freudienne, le fondateur du PN, privilégie largement l'axe dynamique en mettant en avant l'exploration des tendances

inconscientes par le biais des mécanismes de défense et en plaçant l'axe œdipien à la cour de la structuration du psychisme.

Il accorde outre une importance toute particulière à la dimension économique en soulignant le rôle déterminant des investissements objectaux. Le terme investissement reçoit une définition large, l'investissement selon l'auteur, permet de comparer le héros central d'une histoire au quel l'enfant est censé s'identifier.

➤ **La situation PN**

Le PN engage un processus narratif à partir d'image statistique, sa passation est comparable à celle d'autres épreuves projectives, mais sa spécificité réside dans le fait que lors de la passation, l'ordre des planches n'est pas imposé pour l'enfant, c'est à lui de choisir à sa guise.

• **Acte moteur et verbalisation :** la grande différence avec les autres thématiques réside dans l'acte moteur qui préside aux choix : l'enfant est en effet amené à sélectionner, à classer, à disposer les planches devant lui. Il peut en prendre, en reposer, ou même n'en choisir aucune. Ses hésitations se visualisent sous cette forme comportementale directe de même que les rapprochements ou les isollements effectués entre les planches sont matérialisés par les manipulations spatiales, qui chez les jeunes enfants et les enfants instables, peuvent devenir un but prioritaire. Manipuler tout en racontant suppose au demeurant une activité psychique complexe, permettant de réguler l'équilibre entre les investissements corporels et symbolique.

• **L'injonction paradoxale :** mobilisation défensive et appel à l'affect ; la situation PN fait appel à une double dimension apparemment contradictoire, puisque choisir, c'est en même temps opérer une sélection consciente et obéir au principe de plaisir mu par les impératifs inconscients. L'enfant choisit de raconter ou de ne pas raconter en fonction de ce qu'il est loisible de dire ou de

ne pas ne pas dire. En ce sens, on peut dire que la règle analytique qui est dire « tout » ce qui vient à l'esprit, sans fantasmatique.

- **Créer le lien** : raconter les aventures d'un même sujet et de son entourage, à travers une série d'image discontinues, équivaut à établir un minimum de continuité signant une permanence identitaire élémentaire. l'épreuve met ainsi en jeu non seulement le lien entre affect et représentation, mais la capacité de lier les représentations entre elle, à partir d'un fil conducteur.

➤ **Analyse du matériel : contenus manifestes et sollicitation latentes**

Outre le « Frontispice » présentant PN et sa famille et « Fée » qui conclut l'épreuve, le PN se compose de 17 dessins (format 13/18) désignés par un titre et par un numéro d'ordre alphabétique pour faciliter le repérage du clinicien. Le matériel est totalement figuratif, sans zone d'ombre ni imprécision, tracé en noir sur fond blanc (15 planches) ou en blanc sur fond noir (2 planches), imprimant une assez grande prégnance thématique.

➤ **L'analyse de chaque planche comportera**

- le contenu manifeste décrit par C. Chbert (CC), choisi pour sa neutralité, en précisant détails fréquents (D) et secondaires (Dd).

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

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

Comme dans toute épreuve thématique, chaque planche est à même de réactiver plusieurs registres conflictuels chez le même enfant.

1. Auge

Contenu manifeste : « la scène se passe à l'intérieur. Au premier plan, PN urine dans la plus grand des deux auges. Au second plan, les deux gros cochons et les deux petits cochon sont couchés, de part et d'autre d'une barrière » (CC).

D : palissade de planche à l'arrière-plan-barrière entre les gros et les petits moutons.

Dd : litière des cochon couchés-ouverture de a palissade, à gauche.

Contenu latent : « thème de sadisme urétral » (LC). La planche peut renvoyer à l'expression de l'agressivité envers les images parentales (CC).

2. Baiser

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

D : mamelle du gros mouton à patte noire.

Dd : paysage, herbe, fleurs au premier plan.

Contenu latent : « Thème œdipien »(LC) – « peut renvoyer à une problématique de type œdipien »(CC).

3. Bataille

Contenu manifeste : « PN et un des petits blancs se mordent. Le troisième cochon s'écarte.

Au deuxième plan le couple des gros cochons »(CC).

Dd : barrière a l'arrière-plan.

Contenu latent : «Thème sadique oral de rivalité fraternelle »(LC).

Peut renvoyer à l'agressivité et au sentiment de culpabilité qui y sont liés »(CC)

4. Charrette

Contenu manifeste : «PN allongé dans la paille. Dans la bulle, un homme place un cochon dans la charrette. Deux gros cochon et deux petits cochon regardent la scène »(CC).

D : autres cochon dans la charrette.

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

Contenu latent : « Thème sadique avec souvent retournement punitif contre soi »(LC).

« Peut renvoyer à l'agressivité de séparation et/ou à l'agressivité dans les relations familiales »(CC).

5. Chèvre

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

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

Contenu latent : «Thème de la mère d'adoption ou déplacement » (LC).

6. Départ

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

D : arbres, montagnes au loin.

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

Contenu latent : «Thème de départ »(LC).-« peut renvoyer à la relation de dépendance et à l'angoisse de séparation »(CC).

7. Hésitation

Contenu manifeste : « A gauche le gros cochon à tache noire allaite un des petits blancs. A droite le gros blanc et un petit blanc boivent dans l'auge. PN est au milieu »(CC).

D : Le corps de PN est tourné vers le gros cochon à patte noire tandis que sa tête est tournée vers le gros cochon blanc.

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

8. Jars

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

D : ailes déployées du jars, l'arme du cochon attrapé.

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

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

9. Jeux sales

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

D : une petite cochonne patte en l'air.

Dd : la couleur noire.

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

Contenu latent : « Thème sadique anal »(LC) - peut renvoyer à l'agressivité vis-à-vis d'une image parentale dans un contexte chargé d'analité »(CC).

10. Nuit

Contenu manifeste : «scène à l'intérieur : une étable éclairée par la lune, divisée en deux par une cloison de planches. D'un côté, deux gros cochon l'un près l'autre. De l'autre côté, deux petits cochons couchés et un troisième debout contre la cloison »(CC).

D : dessin blanc sur fond noir (seule la silhouette du petit cochon debout est entièrement distincte, on ne voit que le haut du corps des deux gros cochons).

Dd : cadre autour de la ligne, cloison ouverte à gauche et à droite.

Contenu latent : « Thème œdipien, avec voyeurisme de la chambre des parents »(LC). « Peut renvoyer à la curiosité sexuelle et aux fantasmes de scène primitive »(CC).

9. Portée

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

Dd : en noir, barrière discontinue, muret.

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

12 et 13. Rêve mère et rêve père

Contenu manifeste : il s'agit de deux dessins symétriques : « PN est couché ; dans la bulle (de rêve mère) le gros cochon à tache noire. « Dans la bulle (de rêve père) le gros cochon blanc »(CC).

D : gros cochon tourné vers PN

Dd : petits cercles de la bulle.

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

14 Et 15. Tétée 1 Et Tétée 2

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

D : tête du gros cochon tournée vers PN.

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

Contenu latent : « Thème oral » dans l'un des dessins, « thème oral avec rivalité fraternelle » dans l'autre (LC). « Renvoie à un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilégiée » (Tétée1) « dans un contexte de rivalité fraternelle » (Tétée2) (CC).

16. Trou

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

D : dessin blanc sur fond noir, lune.

Dd : herbes haute et basses, bouche ouvert de PN.

Contenu latent : « Thème de solitude, d'exclusion, de punition »(LC).

« Peut renvoyer à la crainte de séparation dans un contexte de danger » (CC).

17. Courte -échelle

Contenu manifeste : PN debout sur les épaules d'un gros cochon, lui-même debout contre un arbre. Au-dessus, des oisillons dans un nid, sur une branche.

D : sur une branche, un oiseau, un écureuil.

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

Contenu latent : le père et la mère sont présentés dans une « relation progressive »(LC). Peut renvoyer à la fonction de holding d'une des images parentales.

4.3.2 Modalité d'utilisation**➤ Les indications**

Le test PN s'adresse aux enfants de 4 à 10 ans. Il est efficace quand il est utilisé chez un enfant relativement stable sur le plan psychomoteur, en général à l'âge de 6 ans. Comme toutes les épreuves thématiques, le PN, permet d'explorer le psychisme conscient et inconscient à travers les mécanismes défensifs révélés par le langage et par la dynamique même de l'épreuve.

➤ **La passation selon M. BOEKLOT**

La passation du test projectif « PN » comporte cinq étapes qui se font sur soixante à quatre-vingt-dix minutes.

- **Première étape** : «le frontispice », l'enfant est invité à repérer PN puis à préciser le sexe et l'âge de chacun, ainsi que le degré de parenté. Cette planche reste visible tout au long de passation.

- **Deuxième étape** : «les thèmes » toutes les planches sauf « Fée » sont présentées en paquet dans un ordre quelconque.

- **Troisième étape** : « les préférences identificatoires » toutes les planches sont à nouveau réunies en un seul paquet et le jeu dit de «l'image préférée » consiste à faire tirer les images qu'il aime et les planches non aimées en deux cas et raconter des histoires avec les images qu'il n'aime pas, il est libre de commencer par celle qui veut.

- **Quatrième étape** : «les questions dirigées » : il s'agit d'une sorte d'enquête ou l'enfant est invité à voir des percepts patents qu'il aurait omis, par exemple l'urine dans « Auge » ou la boue dans « Jeux sales ».

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

L. Corman prévoit des possibilités d'intervention en cours de passation afin d'encourager l'enfant sans toutefois influencer ses choix ou ses refus. C'est ce qu'il appelle des questions «dynamique » du type : «oui, raconte », « Explique moi », etc. chaque étape s'accompagne d'une consigne très

souple destinée à susciter l'intérêt et à le maintenir tout au long de l'épreuve. Mais le clinicien est nécessairement amené, en situation, à introduire les variantes qu'il estime utiles pour s'adapter aux réactions individuelles.

Malgré la durée, la passation doit s'effectuer en une seule séance afin de rendre compte de la dynamique créée par les choix et par la succession des planches adoptée par l'enfant suivant l'âge, maturité et les ressources psychique.

4.3.2 Dépouillement des épreuves thématique verbales

Il y a trois étapes à suivre :

Déroulement de l'épreuve

- Relation au clinicien et son évolution durant la passation
- Le mode de participation et d'adaptation.
- Les particularités de l'expression verbale (en prenant en considération l'âge des patient).
- Les caractéristiques de la participation corporelle.

Analyse planche par planche

- Procédés défensifs pour chaque planche
- Problématique «du sujet »

Synthèse

- Regrouper les procédés
- Récapituler les principaux registres de problématique
- Proposition d'hypothèse de fonctionnement

Conclusion :

Il est important de souligner en conclusion, qu'il n'ya pas de travail scientifique possible sans méthodologie, cette dernière permet un bon usage des techniques d'investigation utilisées, et une rigueur dans l'analyse des données recueillies, afin de répondre à l'objectif de cette recherche sur le développement affectif chez l'enfant IMC et de vérifier notre hypothèse.

Au cours de notre recherche on a eu recours à l'une des méthodes descriptive, qui est l'étude de cas, nous avons procédé à l'entretien clinique semi-directif qui nous a permis d'avoir assez d'informations sur notre groupe de recherche, et un test projectif le « PN » qui nous a aidé à accéder au fonctionnement psychique des enfants de notre échantillon.

Chapitre V

*Présentation, analyse et
discussions des hypothèses*

Préambule

Dans ce chapitre, nous allons procéder en premier lieu à la présentation des données de guide d'entretien avec la maman pour chaque cas, en second lieu nous allons procéder à l'analyse des résultats de test « PN », et une conclusion pour chaque cas, et en dernier lieu on finit par la discussions des hypothèses soit on les infirmer soit on les confirmer.

1. Présentation et analyse des cas

1.1 Présentation et analyse de cas N°1 (Samir)

Samir est un garçon, l'ainé d'une fratrie de 2 enfants,

Dés entretiens et de son dossier médicale pour recueillir des informations qui ont été constaté par l'équipe pluri disciplinaire des éléments concernant : les antécédents médicaux nous relevons une hospitalisation de six (6) mois où il a subi six (6) interventions au niveau des jambes, suivi par une rééducation spécialisée, et au niveau de développement psychomoteur ils ont constaté un problème moteur au niveau de ses jambes, et dans spécialisé.

Samir est scolarisé dans une école ordinaire, où son enseignant a remarqué que le rendement scolaire de cet enfant est très faible, alors ils ont décidé de consulter un psychologue pour dévoiler le problème.

Après une bonne prise en charge psychologique en collaboration avec sa famille. Samir est devenu concentré et actif en classe, même il a eu beaucoup de progrès concernant son niveau scolaire.

Maintenant Samir est classé le deuxième dans sa classe.

Durant la période de notre stage on a visité son école pour effectuer une observation directe dans sa classe, où on a pu observer ce qui suit :

C'est un garçon calme, stable, persévérant, participe dans plusieurs activités, on a remarqué une bonne initiative à la participation dans les activités pédagogique, il possède une bonne mémoire. C'est un garçon intelligent où il est capable de manipuler le micro-ordinateur et les jeux électronique.

➤ **Présentation et analyse de l'entretien**

Lors de l'entretien avec la maman de Samir, nous avons entamé la discussion avec certaines questions concernant le déroulement de sa grossesse :

D'après sa maman, le déroulement de sa grossesse a été passée normale, même son accouchement était sans difficultés, mais entre l'âge de (2) deux mois et (4) quatre mois, il avait de sérieuse fièvre ce qu'il a poussé sa maman à consulter un médecin pédiatre, mais ce dernier a orienté l'enfant pour faire un scanner afin de découvrir les causes et les conséquences de cette fièvre.

A ce moment-là aucun problème n'a été constaté, mais à partir de (8) huit mois, sa maman a remarqué des problèmes au niveau de ses jambes, ce qu'il la poussé à consulter une autre fois un médecin pédiatre et malheureusement ce dernier a diagnostiqué que cet enfant est un IMC.

On lui a demandé de nous parler de la petite enfance de Samir :

D'après sa maman l'allaitement de son fils était naturel, il la regardait pendant son allaitement, mais il ne dort pas beaucoup ni pendant la nuit ni pendant la journée, il a un sommeil léger, un petit bruit le dérange et le réveille.

Quand la maman joue avec lui, il la répond avec des mimiques, il suit sa main quand elle le touche sur ses joues « *moralement bien, ila3ab, ithousou* » « *moralement il est bien, il joue, il ressent* ».

Selon sa maman durant la période qui s'étale entre (12) et (24) mois, lorsqu'elle l'expose devant le miroir, il sourit et fait des mimiques, il essaie de

tenir l'image, au fur et à mesure il est arrivé à savoir que l'image dans le miroir c'est lui-même, Ca qui montre que Samir est arrivé à intégrer son image de soi.

La représentation de son fils est grande car cette maman ne cesse de le comparé à ses cousins, où elle le trouve le meilleur « *Samir akhir nèdarya natnoutiw g lma3na, wahi g lafhama* » « Samir est mieux que ses petits cousins concernant la politesse et la compréhension ».

D'après ses paroles, Samir fait la différence entre les membres de sa famille et les étrangers, mais il préfère seulement êtres avec sa mère ou bien voisine, donc on pu dire que cette maman elle étouffe trop son fils au point ou elle ne peut pas le laisser avec personne sauf sa voisine, car elle la considère comme un substitue et remplaçante pour elle.« *outkalghara fhad, nakikan d natath issasnan, lakhatar t3awaniyi g tarbiyass bazaf* » « je compte sur personne à part moi et ma voisine, car elle m'aide beaucoup depuis sa naissance », elle ajoute que son fils refuse ce qu'il n'aime pas.

Il a arrêté l'allaitement à l'âge de (2) deux ans, ensuite il a accepté facilement d'autres aliments solides, ici on constate un surinvestissement au petit par sa maman, car il a été alimenté au yaourt et de petit suisse précocement (40 jours), même font tout pour lui, ils sacrifient pour lui fournir tout ce qu'il faut pour son plaisir, même après ils ont préparé une chambre unique pour lui, concernant la fourniture et les jouets.

Samir aime beaucoup la propreté, où il a commencé à faire ses besoins au toilette à l'âge de (2) deux ans, sauf les moments où il est fatigué ou bien malade il fait pipi au lit.

Il ya une forte relation entre Samir et sa maman, il est beaucoup plus attaché à elle il se sent plus aise et en sécurité, par exemple quand son père lui propose de l'emmener à l'école il refuse malgré qu'il fait le chemin à pied alors que son père est véhiculé, car elle nous a dit que quand il trouve quelque chose

qu'il lui plait, il la ramène pour elle afin de partager ses découvertes ensemble, et s'il veut raconter quelque chose, il préfère dire tout uniquement à cette dernière « *ihibiyagh issnin, lama3na ibaghou adiligh didass, ma adiss3o l'examen asyini babas akawigh, ama3na itgami, ithossou ma wighth naki adyaw i la note l3ali* » « il nous aime tous les deux ,mais il préfère que je sois avec lui, lorsque il a un examen son père lui propose de l'accompagner, mais il refuse, il sent si c'est moi qui va avec lui, il aura une bonne note.

On constate l'absence d'une confusion identitaire chez Samir car il fait la différence entre la physiologie d'une fille et celle d'un garçon.

D'après sa maman, Samir est curieux, il pose beaucoup de question, il cherche à comprendre tout, même auprès des étrangers, par exemple : « sur le fonctionnement des appareils électroniques ».

Les premiers temps de sa scolarisation Samir a rencontré des difficultés d'adaptation car n'a été jamais séparé de sa mère, alors il s'isole des autres.

D'après sa maman pendant cette période il reste seul, il ne joue pas avec ses amis, ce qu'elle a poussé de décider de changer ses habitudes envers lui, pour le rendre sociable et autonome, alors elle a commencé de l'emmener avec elle partout en expliquant comment et pourquoi faire ceci cela.

Après cette expérience la maman a réussi à rendre Samir plus autonome « il refuse même de le mettre ses vêtements » et plus sociable « il fait sa prière à la mosquée, et il joue avec ses amis ». Mais Samir a développé une certaine agressivité envers ces gens, car ces derniers font beaucoup d'attention à lui à cause de sa maladie, et c'est ça qui a rendu Samir agressif, parce qu'il sent qu'ils font ça par pitié.

A propos de son développement psychomoteur il n'a aucun retard à part ses jambes.

➤ **Synthèse de l'entretien**

D'après l'analyse de l'entretien Samir est un IMC (diplégie spastique), le surinvestissement de sa maman à son égard Samir est devenu trop attaché à sa mère, il a beaucoup d'interaction entre eux, c'est un enfant curieux, il cherche à apprendre et comprendre tous, même il est devenu autonome à l'âge précoce avec un rendement scolaire excellent, Samir a une bonne relation avec son entourage sauf avec celui qui le sous-estime et le traite comme un handicap à ce moment il devient agressive.

1.2. Présentation et analyse de test

1.2.1 Dépouillement et analyse de l'épreuve thématique verbale PN

- **Déroulement de l'épreuve Cas N°1**
- **Analyse quantitative de protocole PN**

Le déroulement de l'épreuve s'est caractérisé dans l'ensemble par l'intérêt de l'enfant pour la passation, il était un peu timide mais concentré, il a aimé beaucoup les planches au point où il nous a demandé de lui donner après les planches pour les colorer.

Tableau N°4 : représentation des procédés sur le plan quantitative

Procédés	Nombre	Total
MC	01	1.33%
RC	00	0%
RE	17	22.67%
EI	01	1.33%
RA	13	17.33%
IF	25	33.33%
OC	18	24

Σ 75

L'analyse quantitative de cas N°1 relève la dominance des procédés imaginaire et fantasme avec un pourcentage de 33.33%, les objectivités contrôle avec 24%, viens par la suit les procédés de la réalité externe avec un pourcentage de 22.67%, puis les procédés recoure à l'affect avec un apporte de 17.33%, elle le suit les autre procédés avec des pourcentages homogène.

➤ **Analyse planche par planche du protocole PN**

Le frontispice : elle a commencé à identifier les deux grands moutons comme leurs parents, et qualifier **PN** d'un garçon de 2 ans, les deux blanc sont deux filles âgée de 1 ans, se sont tous une famille.

➤ **Les planches non aimées**

Auge

« *akchich ayi ila3eb ouhniijara ad ynen, iskourayed ibestouhen yi, iskourayd daghen babas d imas* »

« Ce garçon joue il ne les laisse pas dormir, il fait réveiller ces petits, même il fait réveiller son père et sa mère ».

[IF6-RE1-IF8-OC2]

Procédés: insistance sur les représentations d'action(IF6), accrochage au contenu manifeste(RE1), expression crus liées à une thématique agrressive(IF8), éloignement temporeux-spatial (OC2).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée, le maniement de l'agressivité est évité par le scotome du jet d'urine, où il la traite par une banalisation.

Tétée (2)

« *irouh a mamas bachi ad itet teyini oubghant ara ouzlented bachi outh tajanara ad issew* »

« Il est allé chez sa mère pour téter, ces deux filles ne veulent pas, ils courent pour ne le laisser pas boire »

[IF6-RE1-OC2-IF8]

Procédés: insistance sur les représentations d'action(IF6), accrochage au contenu manifeste(RE1), précision chiffrée (OC2), expression crues liées à une thématique agressive (IF8).

Problématique

La problématique de la palanche a été évoquée, où le sujet mis l'accent sur l'oralité et à la rivalité fraternelle.

- Jars

« *almi tedirongi taqchicht ayi takanarth ayi, trouhed ghoures, tayini d ouletmas tegouma atased atid3iwnit tetata fellas* »

« Lorsque la fille a dérangé ce canard, elle est venue chez elle, celle-ci c'est sa sœur elle refusait de venir pour l'aider elle rigolait sur elle »

[RE1-IF6-IF8-OC2]

Procédés : insistance sur les représentations d'action(IF6), accrochage au contenu manifeste(RE1), expression crues liées à une thématique agressive (IF8), éloignement temporeux-spatial (OC2).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, dans un contexte de punition.

- Bataille

« *almi ithaqren, ountba3d ouribghara atheqren, ountba3d irouh itennagh didsen, ountba3d wayi irouh ad ichekti i mamas wahi d papas bachi athouthen* »

« Lorsque les autres le sous-estimaient il ne voulait pas, après il allait se battre avec eux, puis celui là il allait pour plaindre à sa mère et à son père pour le frapper »

[RE1-RE2-IF6-IF8-RA4]

Procédés: accrochage au contenu manifeste(RE1), recours aux clichés de la vie quotidienne(RE2), insistance sur les représentations d'action(IF6), expression crues liées à une thématique agressive (IF8), affecte inadéquats(RA4).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée sous forme de désirs répréhensibles, et par la figuration du contact corporel qui peut assurer un lieu par ailleurs menacé.

- Chèvre

« *almi itqech3en mawlan is, qech3ent a tkerit niten, tayi machi d imas* »

« Lorsque ses parents l'ont renvoyé, ils l'ont renvoyé chez une autre brebis, celle-ci n'est pas sa mère »

[RE1-RA1-IF8]

Procédés: accrochage au contenu manifeste(RE1), expression verbalisée d'affecte (RA1), expression crues liées à une thématique agressive (IF8).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée sous un mode volontiers dramatisé.

➤ Les planches aimées

- Charrette

« akchich ayi ihzen ounda3d itmaginid win ayethmas wahi d netta, ounda3d bab as d imas oubghan ara ighatasen lhal »

« Ce garçon est triste puis il imagine qu'ils l'ont prit avec ses frères, après son père et sa mère ne voulaient pas, cela leurs a fait mal au cœur »

[RE1-IF6-RA1-OC3-OC5-EI2]

Procédés: accrochage au contenu manifeste(RE1), insistance sur les représentations d'action(IF6),), expression verbalisé d'affecte (RA1),éléments de type de formation réactionnelle(OC3), isolement d'éléments et personnage(OC5), anonymat(EI2).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée sous le mode de la réalité et de la fiction.

- Trou

« irouh a mamas la3cha ounda3d ighli s dakhel waman, tlam ouyazar ara i3edda ikchem s dakhel waman, ounda3d it3eyit »

« Il est allé chez sa maman pendant la nuit puis il est tombé dans l'eau, c'est sombre il ne voit pas ensuite il rentre dans l'eau, puis il cri »

[RE1-IF6-OC5-IF1-RA1]

Procédés: accrochage au contenu manifeste(RE1), insistance sur les représentations d'action(IF6), isolement d'éléments (OC5), introduction des personnages non figurant sur l'image (IF1), expression verbalisé d'affecte (RA1).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, abordée dans un contexte dépressif et dramatique, elle renvoie à la crainte de séparation dans un contexte danger.

Tétée (1)

« *dayi almi ig qel a mamas, ifrah i3edda tefkayas ayefki* »

« Ici quand il revenait chez sa maman, il est content puis elle lui a donné du lait »

[OC10-RE1-RA1-IF6]

Procédés : liaison arbitraire (OC10), accrochage au contenu manifeste(RE1), expression verbalisé d'affecte (RA1), insistance sur les représentations d'action(IF6).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, abordée par un rapproché avec l'image maternelle dans un contexte de relation privilégiée, où le sujet cumule le premier objet et le choix œdipien, elle renvoie au thème oral.

- Rêve père

« *dayi almi irouh a mamas itargou mamas* »

« Ici lorsqu'il est allé chez sa mère, il est entrain de rêver sa mère »

[OC10-OC7-IF6-RE1]

Procédés : liaison arbitraire (OC10), répétition(OC7), insistance sur les représentations d'action(IF6), accrochage au contenu manifeste(RE1).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, elle renvoie à l'image maternelle, et au rapproché privilégié avec le sexe opposé.

Rêve mère

« *Oumba3d yourga papas* »

« Après il rêve son père »

[OC10-RE1-IF6]

Procédés : insistance sur les représentations d'action(IF6), accrochage au contenu manifeste(RE1), liaison arbitraire (OC10).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, renvoie à l'image parental au rapproché privilégié avec le parent de même sexe.

- Portée

« *almi izran afellah ayi wahi d derya n mammas sen tla3inas i mammas sen lama3na tegouma asentsel, tla3inas bachi ahentzer wa sentefk ayefki ; almi idourew imezyanen ayi nouhni kan itetrebbi imeqranen ayi dayen outhentrebi ara* »

« Lorsqu'ils ont vu ce fermier avec les petits de leur mère ils appellent leur mère mais elle refuse de les entendre, ils lui appellent pour qu'elle les voit et leurs

donner du lait, lorsqu'elle a accouché ces petits elle prenait seulement soin de ces petits et ignorait les grands ».

[RE1-IF6-OC5-RA1-IF8]

Procédés : insistance sur les représentations d'action(IF6), accrochage au contenu manifeste(RE1), isolement des personnages (OC5), expression verbalisé d'affecte (RA1), expression crues liées à une thématique agressive (IF8).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, abordée par le fantasme œdipien proprement dit avec la nostalgie d'un rapproché exclusif à l'image maternelle et abordée aussi par la rivalité fraternelle.

- Nuit

« *D la3cha ynen ikel lama3na ikeri ayi igouma ad iyen ibgha ad iyen a mamas, labouda itagad ma ad iyen iwahdes* »

« C'est la nuit ils sont tous dormis, ce mouton ne veut pas dormir i veut dormir à côté de sa maman, car il a peur de dormir seul »

[RE1-IF6-OC7-RA1-OC5]

Procédés : accrochage au contenu manifeste(RE1), insistance sur les représentations d'action(IF6), répétition(OC7), expression verbalisé d'affecte(RA1), isolement des personnages (OC5).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, en terme de séparation et d'exclusion par rapport à l'image maternelle associée à un vécu oral carenciel.

- Hésitation

« *almi id ikker iwfathend merra khedmen cheghlensen hed ites aman hed ites ayefki, akchich ayi othoufou dachou ad ikhdem mayella ad iqim gh papas nagh a mamas lama3na ibgha ad irouh ghoursen isnin* »

« Lorsqu'il se réveilla il les a tous trouvé entrains de faire leurs travaux, les un boivent de l'eau les autres boivent du lait, ce garçon cherche quoi faire est ce qu'il reste avec son père ou bien avec sa mère, mais il veut rester avec les deux ».

[RE1-IF9-IF6-OC10-RA1]

Procédés: accrochage au contenu manifeste(RE1), télescopage des rôles(IF9), insistance sur les représentations d'action(IF6), liaison arbitraire(OC10), expression verbalisé d'affecte(RA1).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, par le biais de l'ambivalence.

- Départ

« *dayi almi qrib aken ad yawet a mamas, itazal bachi ad yawet a mamas* »

« Ici quand il s'approcha d'arriver a sa mère, il court pour arriver vite a sa mère »

[IF6-RA3-OC7-IF1]

Procédés: insistance sur les représentations d'action(IF6), accent mis sur la traduction corporelle de l'affecte(RA3), répétition (OC7), introduction des personnages non figurant sur l'image(IF1).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, où le sujet exprime la solitude où il s'inscrit dans une dialectique de dépendance, indépendance.

- Baiser

« *dayi almi id imghour, irouh a mamas ikhedmas tahibit iqaras sahit* »

« Ici lorsqu'il est grandi, il est allé chez sa maman et fait câlin, il lui dit merci »

[OC5-IF6-RA3-RA1-OC7-RE2-MC3]

Procédés: Isolement d'éléments et des personnages (OC5), insistance sur les représentations d'action(IF6), accent mis sur la traduction corporelle de l'affecte(RA3), expression verbalisé d'affecte(RA1), répétition (OC7), recours aux clichés de la vie quotidienne(RE2), grimaces(MC3).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, par sa dimension libidinale dans sa résonance agressive.

- Jeux sales

« *aqchich ayi wahi taqchicht ayi laben lwahi, taqchicht ayi tegouma ad il3eb didsen itagad mamas* »

« Ce garçon et cette fille jouent ensemble, cette fille ne veut pas jouer avec eux car elle craint sa mère »

[RE1-RE2-IF6-OC5-RA1]

Procédés: accrochage au contenu manifeste(RE1), recours aux clichés de la vie quotidienne(RE2), insistance sur les représentations d'action(IF6), Isolement d'éléments(OC5), expression verbalisé d'affecte(RA1).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée en mettant en œuvre l'intériorisation des interdits.

Les souhaits :

Premier souhait : Guérir

Deuxième souhait : Réussir dans Ses études.

Troisième souhait : Devenir détective.

➤ Synthèse du test

D'après l'analyse de test projectif PN, on a remarqué chez Samir l'intérêt au matériel de protocole, il n'a pas aimé sauf quelques planches, par rapport à ses histoires il a fait des liens entre eux avec un discours bien développé et riche ce qui mène à l'élaboration des problématiques de chaque planche. Et aussi la variété des procédés, presque tous les procédés sont présents avec la prédominance des procédés de recours à l'imaginaire et fantasme avec un pourcentage élevé, il vient après les autres procédés d'une manière homogène. Et la bonne utilisation d'objectivité, et un bon contact à la réalité externe, avec utilisation des affects, la bonne projection vers l'avenir est interprété par ses souhaits dans la planche « fée » : il veut guérir, obtenir son examen de cinquième année, et devenir détecteur.

➤ Résumé du cas de Samir :

D'après l'analyse de l'entretien Samir est un IMC (diplopie spastique), le surinvestissement de sa maman à son égard Samir est devenu trop attaché à sa mère, il a beaucoup d'interaction entre eux, c'est un enfant curieux, il cherche à apprendre et comprendre tous, même il est devenu autonome à l'âge précoce avec un rendement scolaire excellent, Samir a une bonne relation avec son

entourage sauf avec celui qui le sous-estime et le traite comme un handicap à ce moment il devient agressive. Ce qu'on doit souligner c'est que Samir reste optimiste par rapport à son état de santé, même il a une bonne projection vers l'avenir surtout dans ses études.

Par rapport à l'analyse de test projectif PN, on a remarqué chez Samir l'intérêt au matériel de protocole, il n'a pas aimé que quelques planches, par rapport à ses histoires il a fait des liens entre eux avec un discours bien développé et riche ce qui mène à l'élaboration des problématiques de chaque planche. On a remarqué aussi la variété des procédés, presque tous les procédés sont présents avec la prédominance des procédés de recours à l'imaginaire et fantasme avec un pourcentage élevé, il vient après les autres procédés d'une manière homogène.

On remarqué aussi chez Samir la bonne utilisation d'objectivité, et un bon contact à la réalité externe, avec utilisation des affects, la bonne projection vers l'avenir est interprété par ses souhaits dans la planche « fée » : il veut guérir, obtenir son examen de cinquième année, et devenir détecteur.

Alors d'après l'analyse de l'entretien et le test, on peut constater que Samir présente un bon développement affectif.

1.2 Présentation et analyse de cas N°2(Melissa)

Melissa est une fille, l'aînée d'une fratrie de trois enfants, elle s'est présentée au **CPPEHM, le 06/09/2015**, accompagnée par ses parent, elle a été orientée par un neurologue pour une infirmité motrice cérébrale, associée un retard mental.

Dés entretiens et les tests nous avons pu recueillir des informations qui ont été constaté par l'équipe pluridisciplinaire, des éléments concernant les antécédents médicaux et familiaux rien a été signalé, et au niveau du

développement psychomoteur ils ont constaté un retard dans plusieurs acquisitions (premier sourire, tenu de la tête, station assise, station debout, la marche, et la première phrase), avec une acuité visuelle.

Elle n'était pas scolarisée dans une école normale, d'après les examens cliniques effectués, l'enfant est diagnostiquée comme IMC associée à un retard mental léger QI 45. Après son intégration dans le centre elle a été placée dans la classe éveil 2.

Durant notre stage, la première tâche qu'on a effectuée c'est bien que l'observation ou on a pu observer ce qui suit :

C'est une fille calme, stable, persévérante, avec des fois perte d'attention et de concentration, et une bonne initiative à la participation dans les activités pédagogiques, possède une bonne mémoire.

Sur le plan cognitif on a remarqué que Melissa connaît les membres de sa famille, elle est autonome avec besoin d'aide d'habillement et elle fait la différence entre (au-dessous, sous /devant, derrière/matin, soir/les jours de la semaine/ les mois/ les années) ; elle connaît les couleurs, l'alphabet et les formes), elle présente une béance avec un trouble d'articulation léger.

D'après les données qu'on a recueillies durant notre observation, on a constaté un certain progrès, ce qui nous a poussés à refaire le test de bonhomme. On lui a donné une feuille blanche dans le sens vertical, et un crayon sans gomme, on disait (dessine un bonhomme, un très bonhomme, plus beau que tu peux). Durant la passation de ce test, Melissa était concentrée, intéressée, à l'aise et elle est devenue heureuse pendant la passation.

Le résultat de ce test montre que la fille présente un retard mental moyen QI 63.

➤ **Présentation et Analyse de l'entretien :**

Lors de l'entretien avec la maman de Melissa, nous avons entamé la discussion avec certaines questions concernant le déroulement de sa grossesse :

D'après sa maman Melissa, le moment de son accouchement était difficile car elle a fait un retard de quatre (04) jours et son premier cri était en treizième (13) jours après son séjour dans la couveuse pendant toute cette période, et puis ils ont orienté ses parents pour faire un scanner afin de découvrir est ce qu'elle aura des problèmes de santé après. A ce moment-là, la maman était choquée « *abrid amanzo anighass itbib, ma tass3a lahlak oubghighara adi3limagh, labouda adèghligh sec* » « la première fois, j'ai dit au médecin si elle a une maladie je ne veux pas le savoir, car je m'évanouis directement ».

On a lui demander de nous parler de la petite enfance de Melissa :

L'allaitement de sa fille était naturelle, et malgré son problème visuel, pendant l'allaitement elle regarde toujours sa maman, et même elle pleure quand elle veut allaiter ou bien s'il ya quelque chose qui la dérange, et quand la maman joue avec elle, cette dernière elle lui répond par des mimiques, même elle suit la main de sa mère quand elle a touche sur ses joues, et elle fait des mouvements avec ses mains et ses jambes. Elle nous a dit aussi que sa fille ne dort pas beaucoup dès sa naissance jusqu'à maintenant, et d'après ses paroles Melissa n'a jamais vécu une séparation avec sa mère. Ici on constat que cette fille est très attaché à sa maman, « *jamais adèjagh Mellisa wahi dwayit wadrohagh, tawight dima didi, ouliw ouyitajara adkhamagh aka* » « je laisse jamais Melissa avec les autres et je pars, je l'emmène toujours avec moi, mon cœur ne me laisse pas faire ça, mais maintenant ses frères je peux les laisser mais dans la maison elle reste aussi avec les autres ».

Selon sa mère, durant cette période qui s'étale entre (12) et (24) mois, la fille est arrivée à savoir que l'image dans le miroir c'est elle-même, ce qui montre que Melissa a intégré son image de soi « *déjà thibi arthoura atakim alamri* » « d'ailleurs jusqu'à maintenant elle aime beaucoup rester devant le miroir ». Melissa fait la différence entre les choses qu'elle aime et les choses qu'elle n'aime pas, et des fois elle refuse de faire ce que sa maman lui demande, même après sa scolarisation, quand elle a demandé de changer ses vêtements et de réviser elle dit « non, maintenant je suis fatiguée », sa mère dit « *tésswi3in athossogh bali tkhadmiyi zkara* » « des fois je sens qu'elle me fait ça exprès ».

Elle a arrêté l'allaitement à l'âge d'un an et demi, Melissa a accepté facilement d'autres aliments, elle s'est habituée déjà car sa mère a commencé de lui donner d'autres aliments avant de lui arrêter l'allaitement carrément, et même elle a commencé à faire ses besoins au toilette « *sathibi tazday jamais atakim tawssakh ousatbachichara daghan agouso* » « elle aime beaucoup la propreté, ne reste jamais sale, et elle ne fait pas pipi au lit ». Elle nous a rajouté que quand elle trouve quelque chose qui lui plait, elle la ramène à elle pour la voir, et elle a précisé que leur fille aime ses deux parents, mais elle est très attachée à son père.

Ce qu'on a souligné l'absence d'une confusion identitaire chez Melissa car elle sait que la fille et le garçon sont pas pareils. Melissa est curieuse car elle est au courant de tous ce qui se passe chez eux, et elle pose beaucoup de questions, par exemple elle cherche à savoir le vécu de notre famille « pose beaucoup de questions sur ses grand parents ». Melissa est une fille sociable parce qu'elle aime beaucoup jouer avec ses amis dans leur quartier, elle ne s'isole pas même dans le centre « *troho daghan didssan atala bachi adawin aman* » « même elle part avec eux pour ramener de l'eau dans la source ».

Concernant le comportement de sa famille envers la fille, on constat un surinvestissement à cette dernière par sa maman parce qu'elle fait beaucoup de chose pour elle uniquement, car son état lui fait mal au cœur, la maman n'a pas caché qu'elle fait la différence entre Melissa et ses frères « *adinigh assah oukhadamghara aka iwayathmass* » « sincèrement je ne fait pas ça pour ses frères » mais elle explique toujours pour ces derniers qu'elle fait ça a cause de sa maladie « *labouda tamatont* » « car elle est malade », même ils ont installé la chaise anglaise a cause de ses jambes, car elle ne peut pas s'asseoir. Elle nous a dit aussi qu'elle n'a pas tombé enceinte une autre fois avant de s'assurer que Melissa est devenue autonome, pour ne pas s'occuper d'autres choses à part elle.

Tellement ses parents sont très attachés avec elle, sa maman comprend ce qu'elle veut dire avant de terminer sa phrase, et même son père joue beaucoup avec elle malgré il ne comprend pas tous ce qu'elle dit, même ses frères jouent avec elle « *oussatghamayara iwahdass, la3ban alwahi zdakhal awosso* » « elle ne s'isole pas, ils jouent tous ensemble dans le lit », Melissa parle trop avec eux, elle demande toujours de s'habiller comme sa sœur, elle partage tout avec elle, et aime beaucoup aller chez son oncle, car ce dernier il aime trop aussi.

A propos de son développement psychomoteur effectivement elle avait un retard dans certaines acquisitions : elle est arrivée à tenir sa tête à un an et demi, station debout et la marche à (03) trois ans et le babillage à (12) mois, mais Melissa n'a pas un retard dans la préhension car elle fait la différence entre les objets.

➤ Synthèse de l'entretien

D'après l'analyse de l'entretien Melissa est une IMC (tétraplégie), malgré le surinvestissement de ses parents mais elle est très attachée à son père, mais on doit dire qu'elle vit dans un milieu chaleureux, avec beaucoup d'interaction entre eux. C'est une fille curieuse elle cherche à comprendre tous

même ce qui concerne le vécu de sa famille, elle est autonome avec besoin d'aide des fois. C'est une fille sensible et sociable, elle a une bonne relation avec les autres.

1.2.1 Dépouillement et analyse de l'épreuve thématique verbale PN

➤ Déroulement de l'épreuve Cas N°2

Le déroulement de l'épreuve s'est caractérisé dans l'ensemble par l'intérêt de l'enfant pour la passation, malgré la fille rencontre des difficultés dans l'articulation et un vocabulaire moyen, mais on est arrivé à comprendre ce qu'elle dit.

1.2.2 Analyse quantitative de protocole PN

Tableau N°5: représentation des procédés sur le plan quantitative

Procédés	Nombre	Total
MC	08	10.67%
RC	01	1.33%
RE	12	16%
EI	04	5.33%
RA	08	10.67%
IF	20	26.67%
OC	22	29.33%

Σ75

L'analyse quantitative du cas N°2 relève la dominance des procédés d'objectivités contrôle sur 29.33%, les procédés imaginaire et fantasme avec pourcentage de 26.67%, viens par la suite les procédés de la réalité externe avec 16%, puis les procédés de recours à l'affecte et procédés sphère motrice et

corporelle avec un apport de 10.67%, viennent après les procédés de relation avec le clinicien avec 1.33%.

➤ **Analyse planche par planche du protocole PN :**

Le frontispice : elle a commencé à identifier les deux grands moutons comme leurs parents, et qualifier **PN** d'un garçon de 3 ans , les deux blanc sont deux filles âgée de 8 ans, se sont tous une famille.

Les planches aimées

- Auge

« *Ikraran imawlanssan atssan , tikchichin akimant , akchichani ibach, italay ithofo imawlaniss* ».

« Les parents des moutons dorment, les filles assoient, le garçon urine... (Rire), il est en train de regarder et cherche ses parent ».

[MC3-RC3-RE1-EI1-RA3-IF6-OC2]

Procédés : rire (MC3), demande de gratification (RC3), accrochage au contenu manifeste (RE1), silence (EI1), accent mis sur la traduction corporelle de l'affect (RA3), insistance sur les représentations d'action (IF6), éloignement temporo-spatial (OC2).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée le maniement de l'agressivité est abordée au besoin au moyen du scotome du jet d'urine.

Baiser

« *Imassan wahi babassan khadman tahibit, takchichtani thtalayihnid, tabgha atzar dachou ikhadman, ahnan ikal gbara* ».

« Leur père et leur mère sont en train de s’embrasser... (Rire), la fille les regarde, elle veut savoir qu’est ce qu’ils font, sont tous dehors ».

[MC3-RE1-RE3-EI2-EI3-RA3-IF4-IF6-OC5]

Procédées : rire (MC3), accrochage au contenu manifeste (RE1), les supports manquants (RE3), motif des conflits non précisés (EI2), évocation éléments anxiogènes(EI3), accent mis sur la traduction corporelle de l’affect(RA3), prégnance de la thématique sexuelle (IF4), insistance sur les représentations d’action (IF6), isolement d’éléments (OC5).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, par le repérage de la différence anatomique des sexes, en termes d’œdipe positif.

- Bataille

« *Ikraran ikal asstan, tikchichini wa3rant, akchichani issiliw, irouh, inagaz ababass di mass* ».

« Tous les moutons dorment, les filles sont capricieuses, le garçon regarde, puis il a sauté et il est allé à son père et sa mère ».

[RE1-RE3-RA3-IF6-IF7-OC2-OC3]

Procédées : accrochage au contenu manifeste(RE1), les supports manquants (RE3), accent mis sur la traduction corporelle de l’affect (RA3), insistance sur les représentations (IF6), fabulation loin des planches (IF7), éloignement temporo-spatial (OC2), éléments de type formation réactionnel (OC3).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée elle est évitée sous un mode ludique et banalisée.

- Charrette

« *Ikari amazyan dakchich iyan, babass athyawwi ghatbib ,wayit talayan amik issikhadam , abghan adrouhan didass* ».

« Le petit mouton est un garçon, il dormait, il est en train de rêver que son père va l'emmener au médecin, les autres regardent comment lui traite, ils veulent aller avec lui ».

[RE2-EI2-RE3-IF6-RA3]

Procédées: recours aux clichés de la vie quotidienne (RE2), anonymat (EI2), des supports manquants(RE3), insistance sur les représentations d'actions (IF6), accent mis sur la traduction corporelle de l'affect (RA3).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée évitée par le biais du déni.

- Chèvre

« *Ikari italay ghamiss, itass ayafki gbara* ».

« Le mouton est en train de regarder son fils, il tète le lait dehors ».

[MC3-RE1-RA3-IF1-OC8]

Procédées : mimique, grimaces (MC3), accrochage au contenu manifeste (RE1), accent mis sur la traduction corporelle de l'affect (RA3), introduction de personnages non figurants (IF1), fausse perception (OC8).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée cette différence n'a pas été perçue par le sujet.

-Hésitation

« *Amiss issiliw babass dagmass tassan ayafki, yabgha adirouh ababass adissaw , takchichtani atass ayafki gbara* ».

« Le fils regarde son père et son frère en train de boire le lait, il veut aller à son père pour boire, et la fille boit le lait dehors ».

[OC8-IF6-OC5-RE1]

Procédées : fausses perceptions (OC8), insistances sur les représentations d'action (IF6), isolement d'éléments (OC5), accrochage au contenu manifeste (RE1).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée où le sujet a perçue seulement les différences dégénération et sexe.

- Jeux sale

« *ila ayandouz wahi tfounassin, alwachoulayi la3ban lwahi, ma takchichtani tssiliw alwachoulani , outhabghara atrouh aghourssan , labouda tougad ataghli ,akchichani itaf gyamass bachi ouytaghlayara* ».

« Il ya ici un taureau et des vaches, ces garçons jouent ensemble, et la fille regarde les garçons, elle ne voulait pas aller chez eux, parce qu'elle a peur de tomber ».

[OC8-IF6-RA1-OC2]

Procédées: fausses perceptions (OC8), insistance sur les représentations d'action (IF6), expression verbalisée d'affects (RA1), éloignement temporo-spatial (OC2).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée, l'eau sale n'est perçue comme un élément externe, ce qui peut endangered une attention de l'intégrité.

- Portée

« *Argazani iwid aman , ikarini itass aman , imassan tak ayafki idaryass, adaryass imakranan bghan adrouhan ghimassan bachi adasswan ayafki* ».

« Cet homme apporte de l'eau, ce mouton bois de l'eau, leur mère donne le lait pour ses enfants, et ses grands enfants veulent aller chez leur mère pour boire le lait ».

[OC7-RA1-OC2-IF6]

Procédées : répétition (OC7), expression verbalisée d'affects (RA1), éloignement temporo-spatial (OC2), insistance sur les représentations d'action (IF6).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée en mettant l'accent sur l'oralité et au fantasme œdipien proprement dit avec la nostalgie d'un rapproché exclusif à l'image maternelle.

Rêve mère

« *Babass ibgha adyawî yaliss alabhar* ».

« Son père veut prendre sa fille à la plage ».

[MC3-RE2-IF6-OC8]

Procédées : grimaces (MC3), recours aux clichés de la vie quotidienne (RE2), instance sur les représentations d'action (IF6), fausses perceptions (OC8).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, en mettant l'accent sur un rapproche privilégié avec le parent de sexe opposé.

Rêve père

« *Albata tabgha atrouh ghalbouhayra , ikariayi yabgha adirouh wahi dalbata ghalbouhayra* ».

« Le canard veut aller au lac, ce mouton veut aller avec le canard au lac ».

[MC3-RE1-OC7-IF6]

Procédées : grimaces (MC3), recours à l'évidence (RE1), répétition (OC7), instance sur les représentations d'action (IF6).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée où elle la traite par la banalisation.

Tétée (1)

« *Tafounast tssiliw a ghoyandouz amik itass ayafki , ayandouzayi dakchich* ».

« La vache regarde le taureau comment il boit le lait, ce taureau est un garçon ».

[OC8-IF6-OC10]

Procédées : fausse perception (OC8), insistance sur les représentations d'action (IF6), bizarrerie de la pensée (OC10).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée où le sujet mis l'accent sur l'oralité.

Tétée (2)

« *Tafounast tssiliw a ikari amik itass ayafki , tifounasin anitan siliwant ikari , tadount awakchichani bachi adasount ayafki* ».

« La vache regarde le taureau comment il boit le lait, les autres vaches regardent le mouton, venant vers ce garçon pour boire le lait ».

[OC8-IF6-IF5]

Procédées : fausses perceptions (OC8), insistance sur les représentations d'action (IF6), confusion sur sexe (IF5).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée en mettant l'accent sur l'oralité et à la rivalité fraternelle.

Les planches non aimées

- Départ

« *Ikari gbara itadou gabrid, ibgha adirouh ghanwar antisrih* ».

« Le mouton marche dans la rue, il veut aller où il ya les fleurs pour les sentir.. . (Geste) » .

[MC3-MC4-IF2-IF6]

Procédées : grimaces (MC3), gestes (MC4), appel à l'imaginaire enfantins des contes (IF2), insistance sur les représentations d'action (IF6).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée, où le sujet laisse pour seul témoins une hyperactivité sensorielle à la partie minérale du paysage.

- Jars

« *Tahmamt tfarfir , takrach asardounani , ikarini italay amik ithikarach, tahmamtani tabgha atawith adifarfar* ».

« La pigeonne vole, elle a mordu le cheval... (Geste), et ce mouton regarde comment elle le mordre, cette pigeonne voulait le prendre pour voler ».

[MC4-IF6-OC8-OC7]

Procédées : gestes (MC4), insistance sur les représentations d'action (IF6), fausse perceptions (OC8), répétition (OC7).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée , évitée par un déni.

- Nuit

« *Akchichayi issiliw abara la3cha , italay babass wahi dimass atssan lwahi , akchichani yabgha adirouh aghourssan bachi aditass didssan, ayathmass aynan* ».

« Ce garçon regarde à l'extérieur pendant la nuit, il regarde son père et sa mère dorment ensemble, ce garçon veut aller chez eux pour dormir avec eux, ses frères dorment ».

[IF6-OC5-RA1]

Procédées : insistance sur les représentations d'action (IF6), isolement d'éléments (OC5), expression verbalisée (RA1).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, est abordée par la curiosité à l'égard de la sexualité du couple parental mais indirectement.

- Trou

« *Tafounasthayi tabgha atssu aman ,atan gbara la3cha , zakhhal wahchich, itla3i ilahwa bachi adissaw* ».

« Cette vache veut boire l'eau, elle est dehors dans la nuit, et dans l'herbe, il appelle la pluie pour boire ».

[OC8-IF6-RE1-OC10-OC5]

Procédées : fausse perception (OC8), insistance sur les représentations d'action (IF6), recours à l'évidence (RE1), bizarrerie de la pensée (OC10), isolement d'éléments (OC5).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée où elle le sujet la traite par la banalisation.

Planche « fée »

- **premier souhait :** s'envoler.
- **deuxième souhait :** je veux voir mon papa.
- **troisième souhait :** je veux un vélo.

➤ Synthèse du test

A travers l'analyse du protocole de l'épreuve projective (PN) de cas, Melissa a récité chaque planche à part, elle n'essaye pas de faire un récit continu et lié, presque elle a choisi toute les planche, elle était, intéressé par le matérielle.

On a remarqué aussi la variété des procédés, presque tous les procédés sont présents, le recoure à l'objectivité et au contrôle occupent la premier position, en deuxième place le recours à l'imaginaire et ou fantasme. Melissa a un bon contact à la réalité externe, avec utilisation des affects.

1.2.3 Résumé de cas de Melissa :

D'après l'analyse de l'entretien Melissa est une IMC (tétraplégie), malgré le surinvestissement de ses parents mais elle est très attachée à son père, mais on doit dire qu'elle vit dans un milieu chaleureux, avec beaucoup d'interaction entre eux. C'est une fille curieuse elle cherche à comprendre tous même ce qui concerne le vécu de sa famille, elle est autonome avec besoin d'aide des fois. C'est une fille sensible et sociable, elle a une bonne relation avec les autres.

Et a travers l'analyse du protocole de l'épreuve projective (PN) de cas, Melissa a récité chaque planche à part, elle n'essaye pas de faire un récit continu et lié, presque elle à choisi toute les planche, elle était, intéressé par le matérielle.

On a remarqué aussi la variété des procédés, presque tous les procédés sont présents, le recoure à l'objectivité et au contrôle occupent la premier position, en deuxième place le recours à l'imaginaire et ou fantasme. Melissa a un bon contact à la réalité externe, avec utilisation des affects.

Alors d'après l'analyse de l'entretien et le test, on peut constater que Melissa présente un bon développement affectif.

1.3. Présentation et analyse de cas N°3 (Chaima)

Chaima, est une fille, est la deuxième d'une fratrie de quatre enfant, elle s'est présentée au **CPPEHM, le 06/09/2015**, accompagnée par ses parent, elle a été orientée par un neurologue pour une infirmité motrice cérébrale, associée un retard mental.

Dés entretiens et les tests nous avons pu recueillir des informations qui ont été constaté par l'équipe pluridisciplinaire, des éléments concernant les antécédents médicaux, familiaux rien a été signalé, et au niveau du développement psychomoteur ils ont constaté un retard dans plusieurs acquisitions (premier sourire, tenu de la tête, station assise, station debout, la marche, et la premier phrase).

Chaima était scolarisée dans une école ordinaire jusqu'à 2eme année primaire ou elle présentait une déficience mentale, et d'après les examens cliniques effectués, l'enfant est diagnostiquée comme IMC associe à un retard mental moyen QI 48. Après son intégration dans le centre elle a été placée dans la classe éveil 2.

Durant notre stage, la première tache qu'on a effectué c'est bien que l'observation ou on a pu observer ce qui suit :

C'est une fille active, que bavarde trop en classe avec des troubles de concentration, elle participe dans plusieurs activités, et un peu désintéressée par rapport aux activités manuelles mais elle aime bien la dance et le théâtre.

Sur le plans cognitif on a remarqué que Chaima connaît les membres de sa famille, elle est autonome avec besoin d'aide d'habillement et elle fait la différence entre (haut, bas / au-dessous, sous /devant, derrière/matin, soir/les jours de la semaine/ les mois/ les années) ; elle connaît les couleurs, l'alphabet et les formes), elle présente un trouble d'articulation léger.

D'après les données qu'on a recueillies durant notre observation, on a constaté un certain progrès, ce qui nous a poussé de penser à refaire le test de bonhomme. Où on a lui donné une feuille blanche dans le sens vertical, et un crayon sans gomme, on disant (dessine un bonhomme, un très bonhomme, plus beau que tu peux). Durant la passation de ce test, chaima était concentrée.

Le résultat de ce test montre que la fille présente un retard mental léger QI 56.

➤ **Présentation et Analyse de l'entretien**

Lors de l'entretien avec la maman de Chaima nous avons commencé la discussion avec certaines questions concernant le déroulement de la grossesse s'est déroulé normalement sans problème de santé, mais l'accouchement a été retardé par 15 jours mais à ce moment-là rien n'a été signalé par rapport à l'état de santé de la fille.

On a lui demander de nous parler de la petite enfance de Chaima :

Concernant l'allaitement la fille n'as pas accepté ni le sein de la maman ni le biberon alors sa mère a été obliger de nourrir sa felle avec la cuiller « *walah soufrigh mlih didas* ». Même elle pleure tout le temps sans cause et elle ne dort pas ni pendant la nuit, ni la journée, alors la maman commencé à faire la comparaison entre elle et sa sœur, ou elle a remarqué qu'il ya une différence entre les deux. Alors elle a emmené sa fille chez le médecin où ce dernier a diagnostiqué qu'elle est sourde mais sa maman n'a pas été convaincu, car elle tourne souvent ou il ya le bruit, puis elle a pensé de changer un autre médecin finalement ce dernier a diagnostiqué qu'elle a un retard, mais elle arrive à vivre toute les étapes de développement mais c pas au moment propice, elles vont retardées. « *Almi iydina tbib an chath hosagh iyani ighlid fali,alni dwaligh g lbus trough,lama3na agaziw outrara th nata idyakhdam el courage* » « quand le médecin ma dit tout ca j ai senti que le ciel a tomber sur mois mais mon mari

n'as pas pleuré si lui qui m'a fait le courage » .Et d'après ses paroles la petite fille reste qu'avec les membres de la famille, elle fait la différence entre eux et les étrangers.

Chaima fait la différence entre les choses qu'elle aime et les choses qu'elle n'aime pas et même des fois elle refus de faire ce que la maman a lui demandé, selon sa mère c'est à 3 ans qu'elle a commencé à manger d'autre nourriture car avant elle ne sait pas mâcher. Elle a commencé à faire ces besoin au toilette a l'âge de 3 ans et jusqu'à 5 ans qu'elle arrêté de faire pipi au lait, elle nous a rajouté quand elle trouve quelque chose qui lui plait elle a ramène à elle pour la voir, et la fille aime ses deux parent mais elle est trop attaché à elle.

La petite fille fait la différence entre la physiologie de la fille et celle du garçon ça qui montre qu'elle n'a pas une confusion identitaire. Ce qu'on a souligné d'après sa mère que Chaima est au courant de tout ce qui ce passe chez eux et aussi pose beaucoup de questions « *tsaksi fouk lazam* ».

Chaima a une bonne image de soi car elle n'aime pas jouer beaucoup avec ses frère, elle dit toujours « maintenant je suis scolarisée, donc je suis grand je ne joue pas avec vous ».

Concernant le comportement de sa famille envers la fille, ses parent font beaucoup de chose pour elle-même ils ont décidé de ne pas avoir un autre enfant jusqu' a ou Chaima devient autonome. Alors ils ont resté 8 ans ; elle nous a dit : « *ayan iskhadamagh drousse labouda outsinara adminigh , mama lozagh, mama rwich* » « ce que je fais pour elle est peu car elle peut pas dire j' ai faine ou non ». Même ces fraires aiment jouer avec elle, il adore beaucoup, « *nthibi chaima akan itala* », « on l'aime Chaima comme elle est ». Ainsi que toute la famille l'aiment, elle a une bonne relation avec tout le monde, donc c'est une fille sociable.

A propos son développement psychologique effectivement dans certain acquisition elle avait un retard au niveau de langage (babiage a 8 mois), mot phrase a 3 ans, concernant station assise elle s'assoit tout seule, mais quand la maman la mettez debout elle reste comme ça ; même si elle la laisse tout la journée et ne se déplace pas. Chaima commence à marcher en 18 mois et à la faine elle nous a dit : « je suis heureuse maintenant car elle s'améliore avec le temps ».

➤ **Synthèse d'entretien**

D'après l'analyse de l'entretien Chaima est un IMC (tétraplégie), le surinvestissement de sa maman à son égard Chaima est devenue trop attachée à sa mère, même elle vit dans un milieu familial chaleureux, ils ont beaucoup d'interaction entre eux, c'est une fille curieuse, elle cherche à apprendre et comprendre tous, la fille a une bonne relation avec son entourage, elle est trop sociable, même elle présente une certaine affectivité envers ses enseignants.

1.3.1 Présentation et analyse de l'épreuve thématique verbale PN

➤ **Déroulement de l'épreuve**

Durant la passation Chaima été attirée par toutes les planches mais des fois elle refuse de continuer car elle se fatigue rapidement a cause de son état de santé, comme même elle a réussi à finir la passation avec elle.

1.3.2 Analyse quantitative de protocole PN

Tableau N°6: Présentation des procédés sur le plan quantitative :

procédés	nombre	Total
MC	01	1.51%
RC	01	1.51%
RE	10	15.15%
EI	02	3.03%
RA	10	15.15%
IF	28	42.42%
OC	14	21.21%

Σ 66

L'analyse quantitative de cas N°1 relève la dominance des procédés imaginaire et fantasme avec un pourcentage de 42.42%, puis les objectivités contrôle avec 21.21%, viens par la suit les procédés de la réalité externe et les procédés recoure à l'affect avec un apporte de 15.15%, elle le suit les autre procédés avec des pourcentages homogène.

➤ **Analyse planche par planche du protocole PN :**

Le frontispice : elle a commencé à qualifier PN d'une fille âgée de 4 ans, les deux blancs sont des filles âgées de 7ans, et les deux grands moutons comme leurs parents, se sont tous une famille.

Les planches aimées :(toutes les planche sont aimées)

- Auge

« *Twaligh ikraran aynan, alwachoulni aynan, takchichtani astadou omba3d tbach,labouda harkant, tabach zdakhal natbasaltani anda itatan, ahnan ikal azdakhal ntakhamt* »

« Je vois les moutons dorment, la fille marche puis urine, parce que ils lui font mal, elle a uriné dans la bassine là où ils mangent, ils sont tous dans la chambre »

[MC3-IF8-IF6-RA1]

Procédés : rire (MC3), expression crues liées à une thématique agressive (IF8), insistance sur les représentations d'action (IF6), expression verbalisée d'affecte (RA1).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, le maniement de l'agressivité est abordé au besoin au moyen du scotome du jet d'urine.

- Baiser

« Sin ikraran imakranan dimawlanis tnaghan sokaroy gbara, amazyanani italayad zaysan ».

« Deux grands moutons sont ses parents se battent avec la tête dehors, le petit les regarde »

[RE1-IF8-OC2-IF6]

Procédés : accrochage au contenu manifeste (RE1), expression crues liées à une thématique agressive (IF8), insistance sur les représentations d'action (IF6), précision chiffrée (OC2).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, par sa dimension libidinale dans sa résonance agressive.

Bataille

« *Izamaran ikal tatan ahchich gbara , imassan d babassan tatan ahchich wahi adaryanssan gbara ,takchichtani trouh atatat ghimass, alwachoul al3ban* » .

« Tous les moutons mangent de l’herbe dehors, leur mère et leur père mangent de l’herbe avec leurs enfants dehors, la fille est allé téter sa maman, les garçons jouent »

[RE1-OC7-IF6]

Procédés : accrochage au contenu manifeste (RE1), répétition (OC7), insistance sur les représentations d’action (IF6).

Problématique

La problématique de la planche n’a pas été évoquée, elle est évitée sous un mode ludique et banalisé.

- Charrette

« *Akchichni iyan itargou : babassan d yamassan alwahi dalwachoulani tamghartani takassan atchan* ».

« Le garçon dort est entrain de rêver : leur père et leur mère avec les garçons, la vieille femme leurs donne à manger ».

[OC8-IF6-RE1]

Procédés : bizarrerie perceptive (OC8), insistance sur les représentations d’action (IF6), accrochage au contenu manifeste (RE1).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée évitée par le biais de déni.

- Chèvre

« *Tizimart takim gbara, takass imiss aditat* ».

« La brebis assoit dehors, elle allaite son fils »

[RE1-IF6-OC8-IF5-EI1]

Procédés : accrochage au contenu manifeste (RE1), silence (EI1), insistance sur les représentations d'action (IF6), fausse perception(OC8), instabilité identificatoire (IF5).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée, cette différence n'a pas été perçu par le sujet.

Départ

« *missan gtabhirt, ithofo yamass, 3lahkatar tajath, ou3limghara iwachou ?* »

« Leur fils est dans le jardin, il cherche sa mère, parce que elle l'a laissé tout seul, je ne sais pas pourquoi ? »

[RE1-IF1-IF2-IF6-EI2-OC6]

Procédés: accrochage au contenu manifeste (RE1), introduction des personnages non figurant sur l'image (IF1), appel à l'imaginaire enfantins des contes (IF2), insistance sur les représentations d'action (IF6), motifs des conflits non précisés (EI2), déni (OC6).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée donnant lieu à une quête d'objet d'étayage.

Hésitation

« *Babassan itass aman wahi damiss, akchich anitan itass ayafki ghimass , takchichtani takim iwahdass, tabgha atanagh wahi dokchichani, ladouda outajanara atassou* ».

« Leur père buvait de l'eau avec son fils, un autre garçon tétait du lait chez sa maman, la fille restait seule, elle voulait se battre avec le garçon, parce que ils ne l'ont pas laissée boire »

[RE1-IF8-IF6-OC2-RA1]

Procédés : accrochage au contenu manifeste (RE1), expression crues liées à une thématique agressive liés à n'importe quelle problématique (IF8), insistance sur les représentations d'action (IF6), éloignement temporo-spatial (OC2), expression verbalisée d'affect (RA1).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, par l'expression d'un vécu d'exclusion et par un sentiment de dénuement.

- Jars

« *Apiroki itfarfir, itaf akchichani gjahnitiss, ibgha atyawwi ghimass ,ntath daghan tbgha atadou, akchichani ikim ghoulmass ouyabghara atij iwahdass* ».

« Le perroquet s'envolait, il a mordu le garçon par sa queue, il voulait l'emmener chez sa mère, elle aussi voulait partir, le garçon restait avec sa sœur il ne voulait pas la laisser seule »

[IF6-OC2-RA1-IF1-RA3]

Procédés : insistance sur les représentations d'action (IF6), éloignement temporo-spatial(OC2), expression verbalisée d'affect (RA1), introduction de personnages non figurant sur l'image (IF1), accent mis sur la traduction corporelle de l'affect (RA3).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée, évitée par un déni.

Jeux sales

« *Alwacoul kiman zdahkal nalbir, takchichtani trouh ataghli , atdoukh, tabgha atal3ab ghoulmass , wayat yabgha aditaf oultmass, isstlayass iyamass ikal* ».

« Les garçons sont assis dans le puits, la fille allait s'évanouir, elle voulait jouer avec sa sœur, et l'autre voulait tenir sa sœur, il a salé sa mère entièrement »

[IF9-IF6-IF8-RA3-RA2]

Procédés: confusion identitaire (IF9), insistance sur les représentations d'action (IF6), expression crues liées à une thématique agressive liés à n'importe quelle

problématique (IF8), accent mis sur la traduction corporelle de l'affect (RA3), dramatisation (RA2).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée par l'expression d'un vécu d'expression du risque de perte l'objet.

- Nuit

« *Dla3cha sin ikraran aynan , akchichani italay ghimass , babass iyan wahi takchichtani* ».

« C'est la nuit deux moutons dormaient, le garçon regardait sa mère, son père dormait avec la fille»

[OC2-IF6-OC8]

Procédés : fausse perception (OC8), précision chiffrée (OC2), insistance sur les représentations d'action (IF6).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, abordée par l'orientation du choix d'objet.

- Portée

« *Imassan tass aman, alwachoulani talayan imassan, lan sin irgazan yawan itakassan aman ,wayat itakassan atchan , izamaran imazyanan tatan ghimassan ,tarnad wayit , imakranan kiman ababasan bghan adrouhan ghimassan lama3na ouzmirnara* ».

« Leur mère buvait de l'eau, les garçons regardaient leurs mère, il y a deux hommes : un leurs donnait de l'eau, et l'autre leurs donnait à manger, les petits

moutons têtent leurs mère, elle accouchait d'autres, les grands sont restés avec leurs père ils veulent aller chez leurs mère mais ils ne peuvent pas. »

[RA1-IF6-IF1-OC2]

Procédés : expression verbalisée d'affects (RA1), insistance sur les représentations d'action (IF6), introduction de personnages non figurant sur l'image (IF1), éloignement temporo-spatial (OC2).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, abordée par le thème de naissance, et par la dimension de frustration orale, qui a engendré un mouvement agressif et revendique à l'image maternelle.

Rêve mère

« *Takchicht tyan, targo imass, dymass itamakrant f babass* ».

« La fille est dormie, elle est entraîné de rêver sa mère, sa maman est plus grande que son papa ».

[IF1-IF6-RE2]

Procédés : introduction de personnage non figurant sur l'image (IF1), insistance sur les représentations d'action (IF6), recours au cliché de la vie quotidienne (RE2),

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, en mettant l'accent sur l'idéal du moi et à l'amour objectal, et au rapproche privilégié avec le parent du même sexe.

Rêve père

« *Takchicht tyan , stargo imass, imass tawssakh* » .

« La fille est dormie, elle est entraîné de rêver sa mère, sa mère est sale »

[RE1-OC8-IF6-OC3]

Procédés: accrochage eu contenu manifeste (RE1), fausse perception (OC8), insistance sur les représentations d'action (IF6), éléments de type formation réactionnelle (sale) (OC3).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée elle renvoie à l'image maternelle.

Tétée (1)

« *Akchich itatat ghimass gthiyarth, yamass talay ghamiss ma itatat nagh khati* ».

« Le garçon tète sa mère dans le jardin, sa mère regarde son fils s'il tète ou non »

[RE1-OC7-IF6-RA3]

Procédés : accrochage au contenu manifeste(RE1), répétition(OC7), insistance sur les représentations d'action (IF6), accent mis sur la traduction corporelle de l'affect.

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, où le sujet mis l'accent sur l'oralité et au rapproché avec l'image maternelle.

Tétée (2)

« Ahnan ikal gbara, tikchichin wahi dimassant, takchichtani astatat ghimass, tayatnin rouhantad daghan atatant ghimassant, imass satkhazirit atzar ma statat nagh khati, tatan ikal labouda thibin atatan, oufantad tayi statat , lama3na norma ».

« Ils sont tous dehors, les filles sont avec leurs maman, la fille tête sa maman ; les autres filles sont allées aussi pour téter leurs mère, sa maman la regardait pour savoir si elle tête ou non, ils tètent tous car ils aiment téter, elles trouvaient cette fille tête mais normal »

[OC7-IF6-RA1-RC3]

Procédés: accrochage au contenu manifeste(RE1), répétition(OC7), insistance sur les représentations d'action (IF6), demande de gratification (RC3).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée en mettant l'accent uniquement sur l'oralité et le sujet a évité la rivalité fraternelle.

- Trou

« Takchichtayi atan zdakhal awaman taghrak , tabgha atfarfar ghimass,dla3cha ,ayour itakad tafath, tabgha atfarfar agamanani , tassba3bou3 tabgha imass».

« Cette fille est coulée dans l'eau, elle veut voler vers sa mère, c'est la nuit, la lune donne de la lumière, elle veut sortir de l'eau, elle crie elle veut sa mère »

[RA1-RE1-IF6-IF2]

Procédés: expression verbalisé d'affects(RA1), accrochage au contenu manifeste(RE1), insistance sur les représentations d'action (IF6), appel à l'imaginaire enfantin des contes(IF2).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée renvoie à la crainte de séparation dans un contexte de danger et dépressif /dramatique.

-planche « fée »

- **le premier souhait** : avoir du chocolat.
- **le deuxième souhait** : aller à la plage.
- **le troisième souhait** : s'envoler.

➤ Synthèse du test

Par rapport à l'analyse de test projectif PN, on a remarqué chez Chaima l'intérêt au matériel de protocole, elle a aimé toutes les planches, elle a récité chaque planche à part, elle n'a pas arrivé à construire un récit continu et lié, on trouve une variété des procédés, presque tous les procédés sont présents avec la prédominance des procédés de recours à l'imaginaire et fantasme avec un pourcentage très élevé, en deuxième position le procédé d'objectivité et contrôle, il vient après les autres procédés d'une manière homogène. On remarquant aussi chez Chaima la bonne utilisation d'objectivité, et un bon contact à la réalité externe, avec utilisation des affects, la plupart des problématiques sont perçues, mais ne sont pas élaborés et développés à cause de la restriction dans le discours.

1.3.3 Résumé le cas de Chaima:

D'après l'analyse de l'entretien Chaima est un IMC (tétraplégie), le surinvestissement de sa maman à son égard Chaima est devenue trop attachée à sa mère, même elle vit dans un milieu familial chaleureux, ils ont beaucoup d'interaction entre eux, c'est une fille curieuse, elle cherche à apprendre et comprendre tous, la fille a une bonne relation avec son entourage, elle est trop sociable, même elle présente une certaine affectivité envers ses enseignants.

Par rapport à l'analyse de test projectif PN, on a remarqué chez Chaima l'intérêt au matériel de protocole, elle a aimé toutes les planches, elle a récité chaque planche à part, elle n'a pas arrivé à construire un récit continu et lié.

On trouve une variété des procédés, presque tous les procédés sont présents avec la prédominance des procédés de recours à l'imaginaire et fantasme avec un pourcentage très élevé, en deuxième position le procédé d'objectivité et contrôle, il vient après les autres procédés d'une manière homogène.

On remarquant aussi chez Chaima la bonne utilisation d'objectivité, et un bon contact à la réalité externe, avec utilisation des affects, la plupart des problématiques sont perçue, mais ne sont pas élaborés et développés a cause de la restriction dans le discours.

Alors d'après l'analyse de l'entretien et le test, on peut constater que Chaima présente un développement affectif normal.

1.4 Présentation et analyse de cas N°4(Baya)

Baya, est une fille, est la deuxième d'une fratrie de quatre enfants, elle s'est présentée au **CPPEHM, le 06/09/2015**, accompagnée par ses parent, elle a été orientée par un psychologue clinicien pour une infirmité motrice cérébrale, associée un retard mental.

Dés entretiens et les tests nous avons pu recueillir des informations qui ont été constaté par l'équipe pluridisciplinaires, des éléments concernant les antécédents médicaux et familiaux rien a été signalé, et au niveau du développement psychomoteur ils ont constaté un retard dans plusieurs acquisitions (premier sourire, tenu de la tête, station assise, station debout, la marche, et la premier phrase) avec une acuité visuelle.

Elle a été intégrée dans une crèche, et prés scolaire, après elle a été scolarisée une école ordinaire, ou elle présentait une déficience mentale, et d'après les examens clinique effectués, l'enfant est diagnostiquée comme IMC associe a un retard mental moyen QI 46. Apre son intégration dans le centre elle a été placée dans la classe éveil 1.

Durant notre stage, la première tâche qu'on a effectué c'est bien que l'observation ou on a pu observer ce qui suit :

Baya est Calme, timide, avec des fois perte d'attention, mais elle possède une bonne mémoire, présente une affectivité envers son éducateur et même pour ses camarades.

Sur le plans cognitif on a remarqué qu'elle connait les membres de sa famille, elle est autonome, elle fait la différence entre (/au-dessous, sous /intérieur, extérieure /matin, soir/les jours de la semaine/ les mois/ les années) ; elle connait les couleurs, l'alphabet et les formes), elle présente un trouble d'articulation léger avec une béance.

D'après les données qu'on a recueillies durant notre observation, on observé un certain progrès, ce qui nous a poussé de penser à refaire le test de bonhomme où on a lui donné une feuille blanche dans le sens vertical, et un crayon sans gomme, on disant (dessine un bonhomme, un très bonhomme, plus beau que tu peux). Durant la passation de ce test, Baya était concentrée, intéressée à son dessin. Le résultat de ce test montre que l'enfant présente un retard mental léger QI 50.

➤ **Présentation et Analyse de l'entretien :**

Lors de l'entretien avec la maman de Baya, nous avons entamé la discussion avec certains questions concernant le déroulement de sa grossesse.

D'après sa maman, sa grossesse était passé normale, sauf en septième mois, elle avait des problèmes où elle était obligée de suivre un traitement médicamenteux afin de pouvoir préserver sa grossesse. On a lui demander de nous parler sur la petite enfance de sa fille :

On a remarqué qu'il y'avait pas trop d'interaction entre la maman et sa fille car pendant l'allaitement la fille ne regarde pas souvent sa maman, déjà L'allaitement a durée uniquement quatre mois, et à cause de l'insuffisance du lait dans ses seins, elle a décidé de lui donner aussi le biberon, et pleure quand elle veut allaiter, mais le bruit ne la dérange pas trop.

Pendant toute cette période la fille avait plusieurs fois la fièvre, alors ils ont décidé de l'emmener chez un pédiatre, d'après le scanner qu'ils ont effectué afin de découvrir les causes et les conséquences de cette fièvre sur la fille, le médecin a diagnostiqué que leur fille avait un problème au niveau de son cerveau, ce qui va engendrer ultérieurement un retard dans plusieurs acquisitions.

Après la maman a continué de parler de sa fille où elle a souligné que Baya dort beaucoup jusqu'à maintenant, et quand elle touche ses joue elle ne suit pas trop sa main ou bien la sucette « *des fois taba3ad des fois outaba3ara* » toute façon « *machi amayathmass tamkhalaf falassan* » « des fois elle suit et des fois elle ne suit pas, de toute façon elle n'est pas comme ses frères, elle est différente » ,mais elle se sourit à sa maman, même elle peut rester avec les autres a part sa mère.

Selon sa maman durant cette période qui s'étale entre (12) et (24) mois quand elle met la fille devant le miroir, elle arrive à savoir que cette image dans le miroir c'est elle-même, et elle fait la différence entre les choses qu'elle aime et les choses qu'elle n'aime pas, des fois elle refuse de faire ce que sa maman lui demande. Elle a commencé à faire ses besoins au toilette à l'âge quatre(4) ans, mais elle a continué de faire pipi au lit jusqu'à cinq(5) ans, et elle a arrêter l'allaitement à l'âge de un(1) an, mais Baya n'a pas accepter facilement d'autres aliment, des fois elle refuse de les manger car elle s'est habituée au lait, elle nous a rajouté aussi que quand elle trouve quelque chose qui lui plait, elle la ramène à elle pour la voire surtout les jouets, et elle a précisé que leur fille aime toute la famille, mais elle est très attachée à sa mère et aime beaucoup jouer avec ses frères.

Ce qu'on a souligné d'après sa mère, que Baya jusqu'à l'âge de six (6) ans qu'elle est arrivé à différencier entre la physiologie du garçon et celle d'une fille, et quand elle voit quelqu'un qu'elle ne connaît pas, cherche à savoir c'est qui cette personne, et c'est la même chose avec les objets elle cherche toujours à savoir de quoi il s'agit.

Concernant le comportement de sa famille envers la petite fille, c'est sa maman qui s'occupe d'elle car son père passe beaucoup du temps en dehors de la maison, même ses frères jouent avec elle mais pas beaucoup « *des fois hakran*

oulatmassan » « car des fois ils sous estiment leur sœur ». Sa mère a précisé qu'ils ne font pas la différence entre Baya et ses frères, ils la traitent comme les autres, elle nous a dit qu'elle est obligé de lui faire ça et lui acheter ce qu'elle désire, et elle nous a rajouté que leur fille aime beaucoup partir chez ses grands parents car elle les aime bien et eux aussi.

A propos de son développement psychomoteur, elle avait un retard dans certaines acquisitions : elle est arrivée à tenir sa tête à terme, mais concernant le langage et la marche et même le déplacement sont tous en retard c'est à partir de (2) deux ans, même elle a fait un retard dans la préhension où elle est arrivée à faire la différence entre les choses à l'âge de (5) cinq ans.

➤ **Synthèse de l'entretien**

D'après l'analyse de l'entretien Baya est une IMC (tétraplégie), elle vit dans un milieu stricte et froid, ya pas trop d'interaction entre eux, même ses frères des fois la sous-estime, elle cherche à apprendre et comprendre tous, la fille a une bonne relation avec ses amis dans le centre.

1.4.1 Dépouillement et analyse de l'épreuve thématique verbale PN

➤ **Déroulement de l'épreuve Cas N°4**

Lors de la passation de ce test, l'enfant été un peu désintéressée, malgré la fille rencontre des difficultés dans l'articulation, mais on est arrivé à comprendre ce qu'elle dit.

1.4.2 Analyse quantitative de protocole PN

Tableau N°7: représentation des procédés sur le plan quantitative

Procédés	Nombre	Total
MC	01	1.28%
RC	00	00%
RE	16	20.51%
EI	02	2.56%
RA	02	2.56%
IF	24	30.77%
OC	33	42.31%

$\Sigma 78$

Ce tableau quantitatif représente les procédés présent dans le protocole PN du cas N°, il relève la dominance des procédés d'objectivité et au contrôle de 42.31%, viennent après les procédés imaginaire et fantasme avec 30.31%, elle le suit les procédés de la réalité externe avec un pourcentage de 20.51%, avec les procédés d'évitement inhibition et les procédés d'affecte par 2.56% et les autre procédés sont entre 0 et 1.28%.

➤ **Analyse planche par planche du protocole PN**

Le frontispice ; elle a commencé à identifier les deux grands moutons comme leurs parents, et qualifier **PN** d'un garçon de 2 ans, les deux blanc sont deux filles l'une âgée de 20ans, et l'autre 14ans, se sont tous une famille.

Les planches aimées

- Baiser

« *Tala taghat wahi tfounast twint, la3ban lwahi, khadman tahibit, izimar ayi itwi, wayi dimawlaniss, iwham almi ikhadman tahibit* ».

« Il ya une brebis et une vache entraine de pâturer, ils jouent ensemble, sont en train de s’embrasser (rire), ce mouton pâture avec ses parents, il est étonné de voire ses parents en train de s’embrasser ».

[MC3-RA1-RE1-IF6-IF8-RE2].

Procédés : Rire (MC3), expression verbalisée d’affects(RA1), accrochage au contenu manifeste (RE1), insistance sur les représentations d’action(IF6), expression crues liées à une thématique sexuelle liée à n’importe quelle problématique(IF8), recours aux clichés de la vie quotidienne(RE2).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée par le repérage de la différence anatomique des sexes en termes d’œdipe négatif.

- Charrette

« *akchichayi itass, itargo imass tkhadam aghrom (silence) izimar ayi itargo ila3ab wahi dayathmass* ».

« Ce garçon dormait, il est en train de rêver sa mère prépare la galette, (silence)...ce mouton est en train de rêver qu’il joue avec ses frères ».

[OC8-RE2-EI1- IF6- OC5-OC2].

Procédés : bizarreries perceptives(OC8), recours aux clichés de la vie quotidienne(RE2), silence (EI1), insistance sur les représentations d’action(IF6),

isolement d'éléments, séquence de récit(OC8), éloignement de temporeux-spatial(OC2).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée, évitée par le biais du déni.

- chèvre

« *aghyoulayi youba izimar ayi, itatat ayafki itass daghan* ».

« Cet âne porte ce mouton, il allaite du lait et il dort aussi ».

[RE2-IF6-OC8-OC2-IF9].

Procédés : Procédés : recours aux clichés de la vie quotidienne(RE2), insistance sur les représentations d'action(IF6), fausse perception(OC8), isolement d'éléments éloignement de temporeux-spatial(OC2), confusion identitaire(IF9).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée elle a occasionner un surcroit de confusion.

- Départ

« *bakara tla3ab, tadou achajra bachi atal3ab* ».

« Cette vache joue, elle se dirige vers l'arbre pour jouer ».

[IF6-OC10-RE1-OC2-OC5].

Procédés: insistance sur les représentations d'action(IF6), association courte(OC10), accrochage au contenu manifeste(RE1), isolement d'éléments(OC5), éloignement de temporeux-spatial(OC2).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée où le sujet laisse pour seul témoins une hyperactivité sensorielle à les parties minimal du paysage.

- Jars

« *L'avion tfarfir soufal awaman, akjounayi itat lmakla, ma takchichtayi tkara, tkatab, ma daghyoulayi ila3ab gbara iwahdass* ».

« L'avion s'envole au-dessus de l'eau, ce chien mange de la nourriture, et cette fille étudie, écrit, mais cet âne joue dehors seul »

[OC8-IF6-RE2-IF1-IF9].

Procédés : fausse perception(OC8), insistance sur les représentations d'action(IF6), recours aux clichés de la vie quotidienne(RE2), imaginaire enfantin des contes(IF2), introduction de personnage non figurant sur l'image(IF1).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée évite par un déni.

- Nuit

« *Dla3cha izimar ayi itass a mamass, papass daghan itass takchichtayi tatass* ».

« C'est la nuit, ce mouton dort avec sa mère, même son père dort, cette fille dort ».

[OC8-IF6-OC10-OC5-OC7-OC2].

Procédés: fausse perception (OC8), insistance sur les représentations d'action(IF6), association courte(OC10), isolement d'éléments (OC5), répétition(OC7), éloignement de temporeux-spatial(OC2).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, abordée par l'orientation du choix d'objet.

- Portée

« *amakssa ila3ab wahi taghatayi, dimassan ikal,khadman lmakla didass* ».

« Ce berger joue avec cette chèvre, c'est leur mère tous, ils préparent avec elle la nourriture ».

[OC8-IF6-OC10-OC5-RE2-IF9].

Procédés : fausse perception(OC8), insistance sur les représentations d'action(IF6), bizarrerie de la pensée(OC10), isolement d'éléments, de personnage(OC5), recours aux clichés de la vie quotidienne(RE2), confusion identitaire(IF9).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée en mettant l'accent sur l'oralité.

- Rêve mère

« *akchichayi itass, itargo babass* ».

« Ce garçon dormait, il est en train de rêver son père »

[RE1-IF6-OC10-OC8].

Procédés : accrochage au contenu manifeste(RE1), insistance sur les représentations d'action(IF6) , association courtes (OC10), fausse perception (OC8).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée, en mettant l'accent sur un rapproche privilégié avec le parent de sexe apposé.

- rêve père

« *akchichayi itargo babass la3ban, labouda ithibith* ».

« Ce garçon rêve son père en train de jouer avec lui, car il aime ».

[OC8-IF6-RA1-RE1].

Procédés : fausse perception(OC8), insistance sur les représentations d'action (IF6), expression verbalisée d'affects(RA1), accrochage au contenu manifeste(RE1).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée renvoie à l'image paternelle et à l'amour objectal et au rapproche privilégié avec le parent du sexe opposé.

- Tétée (1)

« *tafounastayi tak lmakla imiss, kiman lwahi* »

« Cette vache donne la nourriture à son fils, ils s'assoient ensemble ».

[OC2-RE2-IF6-RE1].

Procédés: éloignement de temporeux-spatial(OC2), recours aux clichés de la vie quotidienne(RE2), accrochage au contenu manifeste(RE1), insistance sur les représentations d'action(IF6),

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée où le sujet mis l'accent sur l'oralité et au rapprochée avec l'image maternelle.

-Tétée(2)

« *assardoun ayi ikim wahi damiss, khadman lmakla ikal wahi dimassan, takhichtayi wahi takhichtayi rouhant alabhar wahi dimassant* ».

« Ce cheval assoyait avec son fils, il prépare tous la nourriture avec leur mère, cette fille et cette fille sont allées avec leur mère à la plage ».

[OC8-IF6-RE2-].

Procédés : fausse perception(OC8), insistance sur les représentations d'action(IF6), recours aux clichés de la vie quotidienne(RE2).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée en mettant l'accent uniquement sur l'oralité et le sujet a évité la rivalité fraternelle.

- Trou 16

« *dla3ch, ila dayi ayour, wahi danwar, wahi dachjour, wahi lbodour...dayan* ».

« C'est la nuit, il ya ici la lune, les fleurs, les arbres, et les graines...c'est tout ».

[OC5-OC8-OC10-OC6].

Procédés : isolement d'éléments(OC5), fausse perception(OC8), association court(OC10), déni(OC6).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée où le sujet traite par la banalisation.

Les planches non aimées

- Auge

« *babass dimass (imazyanan) tatan elmakla, takchichtayi tkara, kiman gossou ikal, outass3ara aymass* ».

« Son père et sa mère (les petits) sont en train de manger, et la fille étudie, sont tous dans le lit, elle n'a pas de frère »

[OC8-IF5-OC5-IF6-RE2]

Procédés : fausse perception(OC8), confusion au sexe (IF5), isolement d'éléments et des personnages (OC5), insistance sur les représentations d'action (IF6), recours aux clichés de la vie quotidienne (RE2).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée le maniement de l'agressivité est évite par le scotome du jet où le sujet la traite pas une banalisation.

- Bataille

« *akchich ayi wahi dimass twin, sin yaghyal daghan twin, takchichtayi tkara iwahdass* ».

« Ce garçon avec sa maman pâturent, il ya aussi deux ânes pâturent, et cette fille étudie seule ».

[OC8-RE2-IF9-OC2-IF6].

Procédés: fausse perception(OC8), recours aux clichés de la vie quotidienne (RE2), confusion identitaire(IF9), précision chiffrée(OC2), insistance sur les représentations d'action (IF6).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée elle est évitée sous un mode ludique et banal.

- Hésitation

« *takchichtayi tkhadam aghroum wahi dimass, akchichayi ikim wahi dbabass, ma dakchichayi ikim iwahdass itass* ».

« Cette fille est en train de préparer la galette avec sa mère, ce garçon assoit avec son père, mais ce garçon assoit seul, il a dormi ».

[RE2-OC8-OC2].

Procédés : recours aux clichés de la vie quotidienne (RE2), fausse perception(OC8), éloignement de temporeux-spatial(OC2), insistance sur les représentations d'action (IF6).

Problématique

La problématique de la planche a été évoquée par l'expression d'un vécu d'exclusion.

- Jeux sales

« *tayi dalghaba, akchichayi itwi galghaba, imass tawath akchichayi, labouda igouma adikra , lbata atan zdakhal waman* ».

« C'est une forêt, ce garçon pâture dans la forêt, sa mère a frappé ce garçon car il ne voulait pas étudier, le canard est dans l'eau ».

[OC8-IF6-OC7-IF9-IF1-RE2-IF8].

Procédés: recours aux clichés de la vie quotidienne (RE2), fausse perception (OC8), insistance sur les représentations d'action (IF6), répétition(OC7),

introduction d'image non figurant sur l'image(IF1), confusion identitaire(IF9), expression crue liée à une thématique agressive(IF8).

Problématique

La problématique de la planche n'a pas été évoquée, l'eau sale n'est pas perçue comme un élément externe, ce qui peut engendrer une atteinte à l'intégrité.

Ses Souhaits

Premier souhait : Avoir du gaufrette

Deuxième souhait : S'envoler

Troisième souhait : Elle veut aller chez cette sorcière

➤ Synthèse de test

Par rapport à l'analyse de test projectif PN, on a remarqué chez Baya qu'elle a été un peu désintéressée au matériel de protocole, elle a aimé presque toutes les planches, elle a récité chaque planche à part, elle n'a pas réussi à construire un récit continu et lié. On trouve une variété des procédés, presque tous les procédés sont présents avec la prédominance de procédés d'objectivité et de contrôle, avec un pourcentage très élevé, des procédés de recours à l'imaginaire et au fantasme en deuxième position, ils viennent après les autres procédés d'une manière homogène. On remarque aussi chez Baya la bonne utilisation de l'objectivité, et un bon contact avec la réalité externe, avec un manque d'utilisation des affects, la plupart des problématiques sont perçues, mais ne sont pas élaborées et développées à cause de la restriction dans le discours.

1.4.3 Résumé de cas de Baya :

D'après l'analyse de l'entretien Baya est une IMC (tétraplégie), elle vit dans un milieu stricte et froid, ya pas trop d'interaction entre eux, même ses frères des fois la sous-estime, elle cherche à apprendre et comprendre tous, la fille a une bonne relation avec ses amis dans le centre.

Par rapport à l'analyse de test projectif PN, on a remarqué chez Baya a été un peu désintéressée au matériel de protocole, elle a aimé presque toutes les planches, elle a récité chaque planche à part, elle n'a pas arrivé à construire un récit continu et lié.

On trouve une variété des procédés, presque tous les procédés sont présents avec la prédominance de procédé d'objectivité et contrôle, avec un pourcentage très élevé, des procédés de recours à l'imaginaire et fantasme en deuxième position, il vient après les autres procédés d'une manière homogène.

On remarquant aussi chez Baya la bonne utilisation d'objectivité, et un bon contact à la réalité externe, avec manque d'utilisation des affects, la plupart des problématiques sont perçue, mais ne sont pas élaborés et développés à cause de la restriction dans le discours.

Alors d'après l'analyse de l'entretien et le test, on peut constater que Baya présente une carence affective énorme.

➤ Synthèse général des cas

Après l'analyse de nos cas on constate que l'enfant IMC s développe normalement malgré la présence d'une altération motrice.

1.5 Analyse quantitative générale des cas

Tableau N°8 : Représentation quantitative des procédés présentés dans les protocoles des quatre cas.

Procédés	Cas N°1	Cas N°2	Cas N°3	Cas N°4	nombres	pourcentage
MC	1	1	1	08	11	3.74%
RC	/	/	1	01	02	0.86%
RE	17	16	10	12	55	18.71%
EI	1	02	02	04	09	3.06%
RA	13	02	10	08	33	11.22%
IF	25	24	28	20	97	32.99%
OC	18	33	14	22	87	29.59%

$\Sigma 294$

Ce tableau général, qui uni les procédés représentés dans les protocoles des quatre cas présentés dans notre travaille de recherche relève la dominance des procédés IF avec un pourcentage de 32.99%, puis vient les procédés OC qui représente 29.59%, et les procédés RE qui présentent 18.71%. Les procédés MC, RC, EI, ont un apport moins fort.

2. Discussions des hypothèses :

L'objectif tracé dans notre recherche est de pouvoir dévoiler le développement affectif chez l'enfant IMC, et la présence d'altération au niveau du développement psychomoteur cela influence sur son développement affectif.

Pour la réalisation de notre recherche on s'est entretenus avec quatre(4) cas et leurs mères.

Pour pouvoir scruter nos hypothèses, on s'est appuyés sur des outils qui a fait ses preuves dans le domaine de la recherche en psychologie et qui est l'entretien clinique semi- directif, et l'épreuve projectif « PN ».

Notre entretien avec la maman comporte trois axes : les caractéristiques personnelles, développement affectif, développement psychomoteur, et on a effectuée l'épreuve projective PN avec l'enfant, celles-ci ont comme objectif d'infirmer ou confirmer notre hypothèses.

Notre hypothèse selon laquelle l'altération du développement psychomoteur chez l'enfant (IMC) influence sur son développement affectif, se trouve infirmée avec nos cas (Samir, Melissa, Chaima, baya).

D'après l'analyse de nos cas Samir et chaima, sont attachés à leurs mères, depuis leurs naissances ils arrivent à discriminer leurs mères, cet attachement s'est évolué grâce à leurs réflexes archaïques, selon **John Bowlby** le bébé nait effectivement avec une vaste gamme de potentiels d'action prêts à être activés (suction, fuissement, poursuite oculaire, agrippement, cris), et qui s'adresse progressivement à une figure de plus en plus discriminée, il s'agit plus particulièrement sa mère.

Selon les données dès l'entretiens Chaima, Melissa et Baya arrivent au fil du temps à savoir que les images dans le miroir sont eux-mêmes, selon **Lacan** : « le bébé perçoit dans le miroir une image qu'il pense d'abord être un autre réel,

autre qu'il cherche stade imaginaire : confusion primaire entre soi et l'autre, puis il prend conscience que cet autre du miroir n'est pas réel, mais que c'est une image (différenciation de l'image et de la réalité de l'autre. Enfin, il se rend compte que cette image n'est pas celle d'un autre, mais bien la sienne identification primordiale.

On a trouvé que Samir, Melissa et Chaima ont beaucoup d'interactions entre eux et leurs mères, ce qui nous montre qu'ils arrivent à faire la différence entre les objets et eux-mêmes, selon *wallon* Il n'y a pas de représentation puisque « l'objet doit d'abord devenir extérieur pour être représenté ».

Avec cette bonne relation, leurs mères nous ont confirmé que leurs fils aiment beaucoup partager avec elles leurs découvertes et leurs jouets, selon *Margaret Mahler* Au début de **15 à 18-20 mois**, l'enfant désire partager le plaisir de ses découvertes avec sa mère, il lui apporte tout ce qui le séduit (sur ses genoux de Préférence) et monopolisé sous attention, il la suit partout où s'enfuit brusquement avec l'espoir d'être poursuivi, pris dans les bras et cajolé.

Samir, Melissa et Chaima ont commencé à faire leurs besoins au toilette à l'âge précoce et même à refuser des choses qu'ils ne désirent pas, selon *René Spitz*, C'est la naissance de l'empathie, et l'agressivité de la phase anale a des effets constructifs différents des aspects négativistes revendication de l'autonomie par le Non.

A partir de l'âge de six (6) ans avec la scolarisation, tous les enfants sont devenu curieux ils cherchent à savoir et comprendre tous, selon *S. Freud* : l'âge de 7ans est considéré comme « *l'âge de raison* » et il suffirait de rappeler l'intense besoin d'explication logiques que manifestent, alors les enfants et dont ils se montrent même friands jusqu'à fatiguer par leurs questions les adultes de l'entourage.

On a marqué que nos sujets sont sociables, ils ont beaucoup de relation amicales avec leurs pairs, **CHATEAU** souligne que le recoure au groupe aurait donc un caractère en quelque sorte compensatoire, le seul moyen de n'être pas (le petit), c'est de s'associer aux autres petits, de chercher à les dominer.

Mais l'un de nos cas (Samir) devient agressive avec les gens qui l'ont traite comme handicap, il refuse de lui rendre des services par pitié, ce qui nous montre que Samir est devenu conscient de son image corporelle, et en même temps il a un bon estime de soi, selon *Wallon* : l'enfant arrive à se dégager lui-même des situations où il est impliqué, il parvient à une « *conscience de soi* », implique que l'enfant soit capable d'avoir une image de soi.

Concernant le test projectif PN, On a remarqué la variété des procédés, presque tous les procédés sont présents avec la prédominance des procédés de recours à l'imaginaire et fantasme avec un pourcentage élevé, il vient après les autres procédés d'une manière homogène, et la plupart des problématiques son perçues.

Notre hypothèse concernant l'altération du développement psychomoteur chez l'enfant (IMC) sur son développement affectif réfutable et non absolu. Cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statistiques, ce qui est due à notre population d'étude qui ne représente pas tous les enfants IMC.

Conclusion

Dans notre société, les enfants handicapés ont été longtemps évités, souvent leurs familles avaient honte d'eux et refusaient d'en parler. Dans bien des cas, on les plaçait en institution et on les oubliait même, le respect des droits des personnes handicapés et leurs intégration maximal à la famille et à la société, a contribué à changer les mentalités, les attitudes et les comportements à leurs endroits.

Au début des années soixante (70), on assiste à un virage : on tente de favoriser au maximum le maintien en milieu familial plutôt que le recours aux ressources institutionnelles. Selon les tenants de la nouvelle politique, tout jeune enfant handicapé ou non, a besoin de ses parents pour l'aimer, le valoriser et le guider.

Cette recherche est une étude qualitative dont l'objectif d'étudier le développement affectif chez les enfants (*IMC*). Notre étude s'est déroulée au sein d'un centre psychopédagogique des handicapés à *SOUK LETNIN*. On a réalisé notre travail avec un groupe d'enfant sélectionné en rapport à nos critères afin d'appliquer avec eux la méthode choisie qui est la méthode clinique et utiliser les outils qui conviennent : l'entretien semi-directif avec l'épreuve projective *PN*.

Après l'analyse de nos résultats on constate qu'il n'y a pas une relation entre le handicap moteur (*IMC*) et le développement affectif, cela nous conduit à dire que malgré l'altération motrice, l'enfant peut vivre normalement et avoir un développement affectif adéquat en présence d'un entourage familial affectueux, chaleureux et bienveillant afin d'avoir une bonne image de soi, et la capacité d'éprouver des sentiments et des émotions envers son entourage.

Nous souhaitons à travers cette recherche avoir contribué à faire comprendre le développement affectif chez les enfants (*IMC*), et la transmettre, surtout lui accorder une écoute et une bonne prise en charge, et d'ouvrir des nouvelles éventuelles pour d'autres études et recherches.

La Liste Bibliographique

Bibliographie

Ouvrage

A

- Adalins. V et Charlotte. M. (2004). *L'indispensable de la psychologie*. Édition Studyrama, France.
- Albert .C . (1998). *L'observation clinique*. Édition Dunod, Paris.
- André. G. (2008). *L'entretien clinique technique et pratique*, 7^{ème} édition, Armand Coline, Paris.
- Anne. B. et Bernadette .C. (2002), *Le développement affectif et sociale du jeune enfant*. Édition Nathan, Paris.

B

- Bernard .C. (2001). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Édition Masson, Paris.
- Baruk. (1978). *Manuael du reeducation psychomotrice*. Édition Maloine. S .A, Paris.
- Boekholt .M. (1998). *Eprouve thématiques en clinique infantile psychanalytique*. Édition Dounod, Pris.
- Braillons. G. (1981).*le system nerveux central*. Édition Doin, Paris.

C

- Catherine. G. (2005). *Comprendre l'enfant malade*. Édition Dunod, Paris.
- Catherine. P. (2010). *Psychomotricité entre théorie et pratique*, 3^{ème} édition, Inpress, France.
- Catherine .T. (2001). *L'évaluation psychologique des très jeunes enfants au développement normal et atypique (0-6ans)*. Édition Dounod, France.
- Catherine. T. (2008). *Introduction à la psychologie du développement*. Armand Colin, France.
- Colette. C et all. (1983). *L'entretien clinique*. Presses universitaire de France, Paris.
- Christian. B. (2008). *L'Aide-mémoire psychomotricité*. Édition Dounod, France.

D

- Dalila. A. (2010). *La psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent au service des parents et des enseignants*. Édition L'odyssée, Tizi ouzo.

F

- Fabien .J. et Geneviève. L. (2013). *Julian d'ajuriagurra et la naissance de la psychomotricité*. Édition Papyrus, Paris.

H

- Henning rye et Miriam. D. S. (1989). *Les enfants atteints infirmité motrice cérébrale grave*, 7^{ème} édition, Unesco.

- Huguette. B. (2004). *Développement et examen psychomoteur de l'enfant*. Édition Masson, Paris.

J

- Jack. D. (2001). *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*. Édition Sound, Paris.

- Jean .B. (2008). *Psychologie pathologique théorique clinique*. Edition Masson, France.

- Jean. L. P. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*, 2^{ème} édition Armand colin, Paris.

- Jean-Pierre. B. (2009). *Le développement psychomoteur du jeune enfant* .Edition Solal , France.

- Julian d'ajuriaguerra et Daniel .M. (1984). *Psychopathologie de l'enfant*. Édition Masson, Paris.

L

- Laurence. V. D. (2010). *Précis théoriques et développement moteur du jeune enfant*. Édition Creapsy.

M.

- Michèle .G. et Catherine .T. (2014). ***Handicap et développement psychologique de l'enfant***, 3^{ème} édition .Arman d colin, Paris.
- Michèle. G. (2002). ***Les étapes du développement psychologique***. Edition Armand Colin, Paris.
- M. le métayer. (1999). ***rééducation célébrée- motrice du jeune enfant (éducation thérapeutique)***.Masson, Paris.

P

- Pascal. M. (2005). ***25 mots clés de la psychologie et de la psychanalyse***. Edition Maxi livres.
- Patrick. G(2009). ***Infirmité motrice cérébrale***. France.

R

- Rachel .F. ***Le développement de la personnalité***. Université de Pris, Sorbonne.
- Robert. R. (2003). ***La motricité humaine***, 3^{ème}, Presse de l'université de Québec, Canada.

Dictionnaires

- Bloch. H et all. (2000). ***Le grand dictionnaire de la psychologie.*** Larousse, Paris.
- Bloch. H et all. (2002). ***Dictionnaire fondamental de la psychologie.*** Larousse, France.
- Bloch. H et all. (2011). ***Le grand dictionnaire de la psychologie.*** Larousse, Paris.
- Didier. C et all. (2004). ***Le grand dictionnaire de la psychologie.*** Larousse, Canada.

Articles

- Christopher. N. (2006). ***Pris en charge des troubles moteurs de l'enfant avec une infirmité motrice cérébrale.*** Revue de la Paediatrica, vol 17, N°5.
- Nelly. T. (2003). ***Psychomotricité : développement de l'enfant.*** Faculté de médecine, université Pierre et Marie curie.
- Véronique Leroy. M. (2002). ***Déficiences motrices et situation de handicap.*** Edition ADF d'Orsay.

Annexes

Annexe 01

Guide d'entretien

Axe 1:Caractéristique personnelles

1-Nom:

2-Age:

3- Poids de naissance:

4- Milieu socio-économique culturelle:

5-Depuis quand votre enfant il est au centre?

Axe2: Le développement affectif:

1-Filiation (maternel ou artificiel)?

2-Déroulement de la grossesse?

3-Rang dans la fratrie

4-Premier allaitement est ce qu'il est naturelle au bien artificiel?

5-Durant l'allaitement est qu'il vous regarde?

6-Quand il arrive le moment de l'allaitement, et si vous fait un bruit est qu'il se réveille et pleur?

7-Quand vous touchez ses joues, est qu'il vous suit?

8- Est ce qu'il sourit quand vous jouer avec lui?

9- Dort t- il trop ou non?

10- Est ce qu'il joue avec vous en tirant vos cheveux, et mettre ses doit dans votre nez?

11-Est ce qu'il peut rester avec les autres à part vous?

12-Quand vous le mettez devant le miroir est qu'il sourit et essaie de le rattraper?

13-Après quelque temps est ce qu'il arrive finalement à savoir que cette image c est lui-même?

- 14- Quand il vous le demander quelque chose est ce qu'il refus ou non?
- 15- Durant cette période entre (12/24) mois est ce qu'il a appris à faire ces besoins à la toilette?
- 16- A quel âge vous avez arrêté l'allaitement de votre enfant?
- 17- Est ce qu'il accepté facilement les aliments solide?
- 18 - Quand il trouve quelque chose est ce qu'il a ramène a vous?
- 19- Durant la période de (2 ans à 7 ans) votre enfant est-il attaché à l'un de vous?
- 20- Est ce qu'il pose des questions sur la différent de sexe?
- 21- Comment il joue avec ses frères
- 22- A partie de 7 ans pose-t-il beaucoup d questions?
- 23- Aime t- il jouer avec ses amis?

Axe 03: Le développement psychomoteur :

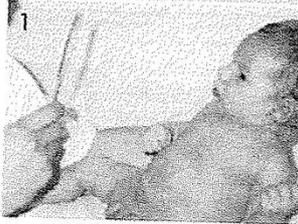
- 1- 1^{er} vocalisation (babilage)
- 2- Utilisation de mot phrase
- 3- Tenu de la tête
- 4- Prendre les pieds dans ses mains et sa bouche
- 5- Assis sans soutien
- 6- Déplacement
- 7- Age de la marche
- 10- Faire la différence entre les objets?

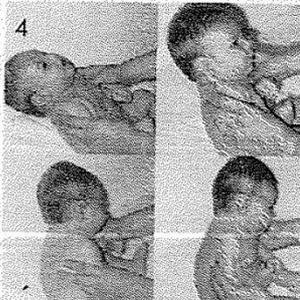
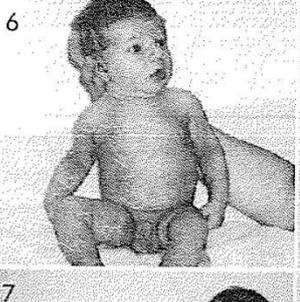
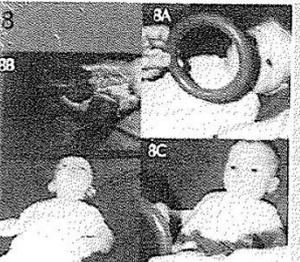
Annexe 02

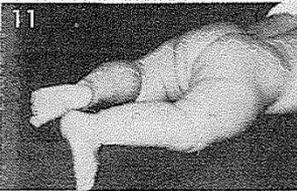
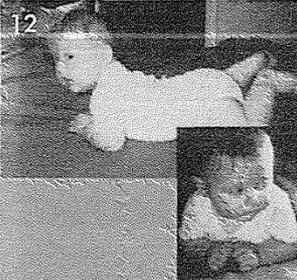
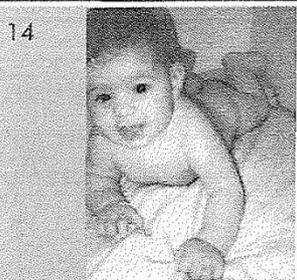
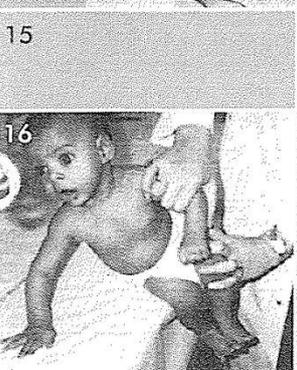
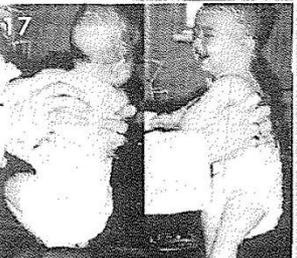
*Normes du développement moteur fonctionnel posturomoteur et locomoteur
(PML ; Vaivre-Douret)*

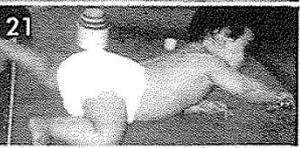
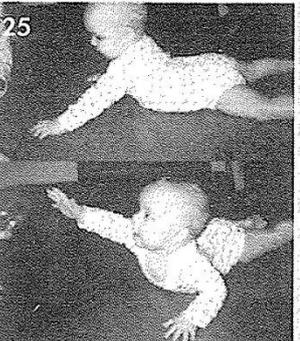
Feuille de notation

Date d'évaluation : (J) (M) (A) Nom de l'examineur :
 Nom et prénom : Sexe : M F
 Date de naissance : (J) (M) (A) Age chronologique : (M) (J),
 Age gestationnel (AG) : semaines Age corrigé (âge chrono - (40 - AG)) : (M) (J),
 Position habituelle de sommeil : Anomalies orthopédiques :

N° item	PML	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
1		Suit la cible en noir et blanc de manière oculocephalogyre (par saccades) sur au moins 45° de chaque côté,	3 jours	1 jour	
2		Positionné en décubitus latéral droit ou gauche, tient seul son équilibre au moins 5 s	3 jours	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> - Avant-bras fléchis en rotation externe - Rejet tête en extension - Rejet tête + tronc en extension
3		Participe au retournement sollicité par les membres inférieurs (rotation de la tête, appui épaule puis	3 jours	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> - Mouvement dissocié - Mouvement en bloc (sans rotation) - Dissocié ±

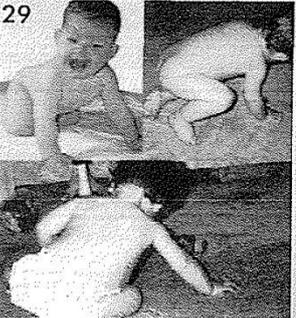
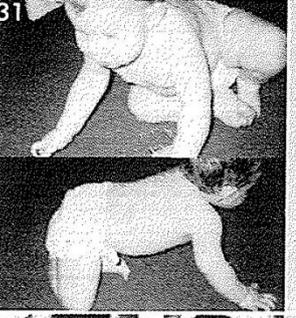
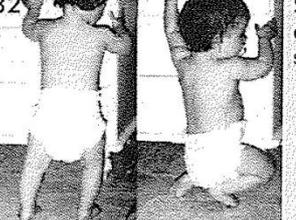
N° item	PML	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
4		Amené en position assise par les épaules et recouché (aller-retour), maintient au moins 3 s la tête dans l'axe	3 jours	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> - Passivité - Rejet tête en extension - Rejet tête + tronc en extension - Flexion de la tête impossible - Incurvation latérale D ou G
5		Maintenu debout, redresse ses membres inférieurs, puis le tronc et la tête au moins 3 s; de même sur une seule jambe, l'autre étant maintenue en flexion	3 jours	1 jour	
6		Soutenu en position semi-assise (derrière la nuque), les bras sont relâchés de chaque côté du thorax	3 jours	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> - Tendance bras fléchis et mains proches des épaules - Attitude des bras fléchis et mains au niveau des épaules
7		En décubitus ventral, soulève sa tête en vacillant (menton à 2-3 cm), bras fléchis	1 mois 1 jour	15 jours	
8		En décubitus dorsal, suit un objet de couleur vive sur 180°, horizontalement et verticalement	2 mois 1 jour	9 jours	
9		En décubitus ventral, bras fléchis sur les avant-bras, soulève sa tête (menton à environ 3-6 cm)	2 mois 2 jours	1 mois 2 jours	
10		Maintenu en position assise (au niveau des poignets en pronation vers le bas et assis sur le rebord du plan d'examen, jambes pendantes), tient sa tête dans l'axe, stable et prolongée > à 30 s (lutte contre le déséquilibre provoqué du tronc)	2 mois 4 jours	1 mois 1 jour	<ul style="list-style-type: none"> - Passivité - Rejet tête en extension - Rejet tête + tronc en extension - Flexion de la tête impossible - Incurvation latérale D ou G

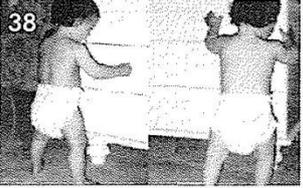
N° item	PML	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
11		En décubitus ventral, bassin à plat, hanches en extension	3 mois 1 jour	16 jours	
12		En décubitus ventral, maintient sa tête à 45° du plan de la table en appui sur ses avant-bras, épaule en avant du coude (au moins 10 s)	3 mois 2 jours	25 jours	
13		Maintenu debout, fléchi sur ses membres inférieurs (perte du redressement = astasie)	3 mois	4 jour	
14		En décubitus ventral, maintient sa tête à 90° du plan de la table en appui sur les avant-bras/ bras à 90° (au moins 10 s)	4 mois 1 jour	22 jours	
15		Se retourne seul du décubitus dorsal au décubitus latéral	4 mois 2 jour	1 mois 8 jours	
16		En décubitus dorsal, participe au redressement en appui latéral vers la station assise (prise d'appui sur la main ouverte, bras tendu), sollicité activement à l'aide du membre supérieur controlatéral	4 mois 5 jours	1 mois 2 jours	
17		Maintenu debout, stade du « sauteur » ou de mouvement de flexion-extension des membres inférieurs	5 mois 2 jours	1 mois 1 jour	

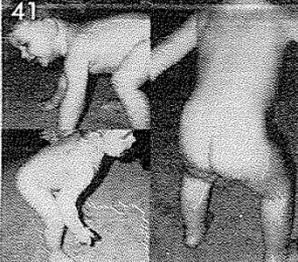
N° item	PML	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
18		Amené en position assise par traction sur les avant-bras, participe activement (anticipation de la tête et élévation des membres inférieurs)	5 mois 4 jours	1 mois 2 jours	
19		Tient assis seul penché en avant, appuyé sur ses membres supérieurs étendus devant (au moins 15 s)	5 mois 6 jours	1 mois 8 jours	
20		Se tient assis seul, dos arrondi, bras levés (au moins 10 s), instable	6 mois 4 jours	1 mois 3 jours	
21		Se retourne seul du décubitus dorsal au décubitus ventral	6 mois 10 jours	1 mois 9 jours	– Rotation dissociée – Rotation en bloc
22		Se retourne seul du décubitus ventral au décubitus dorsal	6 mois 16 jours	1 mois 8 jours	– Rotation dissociée – Rotation en bloc
23		Se tient assis, tronc droit (au moins 30 s), instable	7 mois 3 jours	1 mois 15 jours	
24		Manœuvre du plongeon : enfant porté et précipité tête en bas vers le plan de la table ; il étend ses bras en avant	8 mois 1 jour	1 mois	
25		En décubitus ventral, redresse la tête et le thorax en appui sur ses mains, bras étendus devant et, attiré par un jouet présenté latéralement, l'enfant pivote sur le ventre et peut incurver son tronc en prenant appui sur un de ses avant-bras pour libérer l'autre bras afin de saisir le jouet	8 mois 3 jours	1 mois 5 jours	

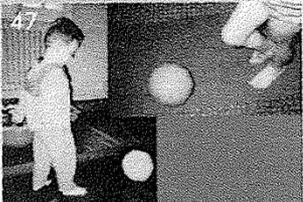
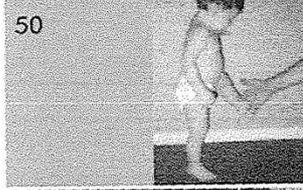
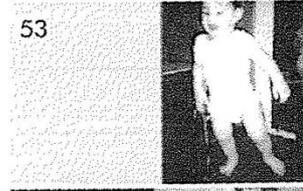
Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant

111

N° item	PML	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
26		Se tient assis, stable, s'équilibre après les manoeuvres de poussée (latérales, avant, arrière) et peut se pencher seul en avant et reprendre l'équilibre	8 mois 6 jours	1 mois 2 jours	
27		Maintenu debout, se redresse globalement	8 mois 20 jours	1 mois 2 jours	
28		Rampe en décubitus ventral	8 mois 22 jours	1 mois 4 jours	
29		Se relève seul de la position en décubitus à assise avec l'appui de ses mains en passant par la position de « lapin » ou en se servant de l'appui latéral d'un coude, puis de la main	8 mois 24 jours	1 mois 6 jours	
30		Pivote en station assise attiré par un objet (la rotation de son tronc entraîne une jambe en flexion devant et l'autre en rotation interne postérieure) et peut se remettre assis droit	9 mois 12 jours	1 mois 3 jours	
31		Se met et marche à quatre pattes (paumes-genoux) et se remet assis ou en décubitus	10 mois 12 jours	1 mois 3 jours	
32		Se hisse debout avec aide ou appui et peut se remettre au sol	10 mois 18 jours	1 mois 18 jours	

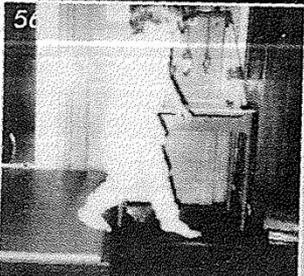
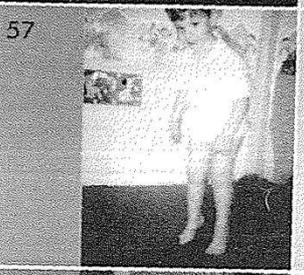
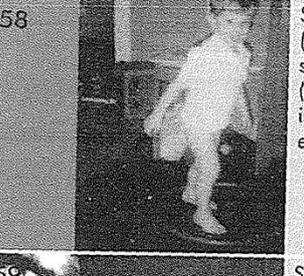
N° item	PML	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
33		Se met et se redresse sur ses genoux sans aide	10 mois 20 jours	1 mois 4 jours	
34		Se met en position de « chevalier servant » (un genou au sol et l'autre jambe fléchie en appui sur le pied) avec l'aide des membres supérieurs et en utilisant un support (meuble...)	10 mois 22 jours	1 mois 3 jours	
35		Se redresse (à partir de la position du « chevalier servant ») et ne tient debout qu'avec l'appui de ses mains, peut lâcher une main et effectuer une rotation de l'axe du corps	10 mois 26 jours	1 mois 1 jour	
36		Marche, tenu sous les aisselles ou pousse un déambulateur (bassin en arrière)	10 mois 29 jours	1 mois 1 jour	
37		Marche, tenu par une seule main	11 mois 3 jours	1 mois 20 jours	
38		Marche seul (latéral) en prenant appui aux meubles (cabotage)	11 mois 5 jours	1 mois 2 jours	
39		Se tient debout seul sans appui (au moins 10 s)	12 mois 1 jour	1 mois 15 jours	

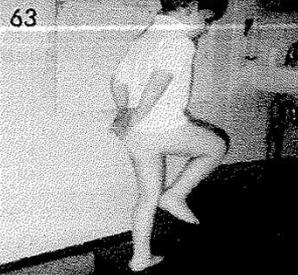
N° item	PML	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
40		Premiers pas seul (au moins deux)	13 mois 1 jour	2 mois 2 jours	
41		Se met debout seul sans appui autre que le sol	14 mois 12 jours	2 mois 5 jours	
42		Marche autonome (déambule facilement, vitesse, avec demi-tour polygone de sustentation réduit, membres supérieurs relâchés, bassin dans l'axe des épaules)	14 mois 20 jours	2 mois 1 jour	
43		S'accroupi pour ramasser un jouet	15 mois 1 jour	2 mois 1 jour	
44		Grimpe (quadrupédie) sur une estrade (h = 25 cm)	15 mois 2 jours	1 mois 4 jours	
45		Monte debout seul sur un plan incliné	15 mois 6 jours	2 mois 2 jours	
46		S'assoit seul sur une petite chaise	16 mois 2 jours	1 mois 3 jours	

N° item	PML	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
47		Donne un coup de pied dans le ballon sans tomber (démonstration)	17 mois 1 jour	1 mois 3 jours	
48		Monte l'escalier avec de l'aide sans changer de pied	17 mois 4 jours	1 mois 10 jours	
49		Effectue au moins deux pas en arrière sans tomber (démonstration)	17 mois 6 jours	1 mois 24 jours	
50		Tient debout sur un pied, avec l'aide de l'appui d'une main contre le mur (au moins 5 s)	18 mois 1 jour	1 mois 3 jours	
51		Descend l'escalier avec de l'aide sans changer de pied	19 mois 1 jour	1 mois 2 jours	
52		« Danse » à la demande (se dandine, tourne)	23 mois 1 jour	1 mois 2 jours	
53		Course aisée	24 mois 1 jour	1 mois 16 jours	
54		Tient debout seul (au moins 5 s) sur une poutre (l : 6 cm ; h : 10 cm)	24 mois 1 jour	1 mois 16 jours	

Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant

115

N° item	PML	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
55		Monte et descend l'escalier sans support sans alterner les pieds	24 mois 3 jours	1 mois 1 jour	
56		Saute d'une hauteur (20 cm), avec envol en alternant les pieds	27 mois 1 jour	1 mois 3 jours	
57		Marche seul (au moins six pas) sur la pointe des pieds (démonstration)	30 mois 1 jour	1 mois 2 jours	
58		Saute d'une hauteur (20 cm) les deux pieds symétriques avec envol (membres supérieurs et inférieurs coordonnés et sans tomber)	30 mois 1 jour	1 mois 4 jours	
59		Saute en longueur au sol les deux pieds symétriques avec envol dans un cerceau placé à 35 cm (sans tomber)	30 mois 1 jour	1 mois 4 jours	
60		Tient seul sur un pied (au moins 2 s)	30 mois 2 jours	1 mois 5 jours	
61		Marche sur une ligne (au moins quatre pas consécutifs avec espace, démonstration)	31 mois 5 jours	1 mois 8 jours	

N° item	PML	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
62		Sautille sur un pied (au moins deux fois)	33 mois 1 jour	1 mois 6 jours	
63		Monte seul l'escalier en changeant de pied	34 mois 1 jour	2 mois 1 jour	
64		Pédale sur un tricycle	36 mois 3 jours	1 mois 1 jour	
65		Descend seul l'escalier en changeant de pied	42 mois 1 jour	2 mois 1 jour	
66		Tient seul en équilibre sur un pied (au moins 5 s)	47 mois 8 jours	1 mois 3 jours	

Conclusion

Le niveau moteur fonctionnel (NMF) moyen correspond à la dernière tranche d'âge dont tous les items ont été réussis et si les items des deux tranches d'âge consécutives sont réussis. Il est possible qu'un item d'une tranche d'âge ne soit pas réalisé si celle-ci est composée d'au moins trois items à explorer.

NMF =

Observation générale :

Origine probable :

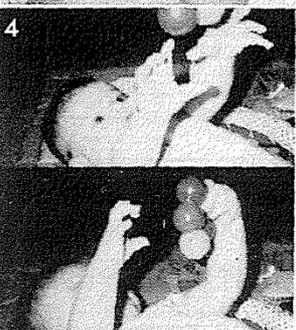
- Génétique
- Centrale
- Périphérique
- Posturale ostéomusculaire
- Psycho-affective
- Autre

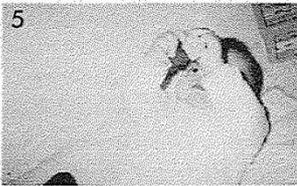
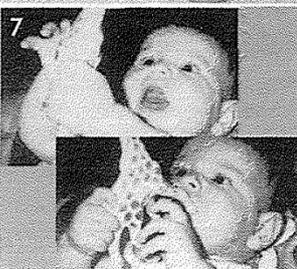
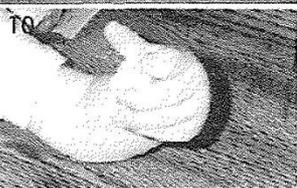
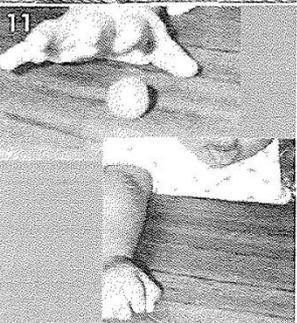
Annexe II

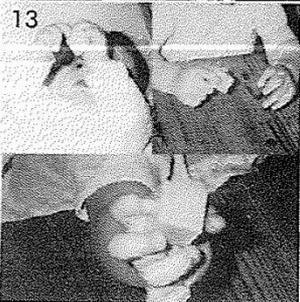
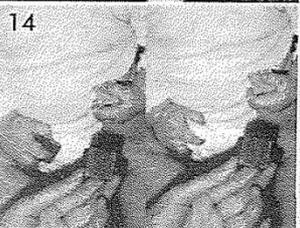
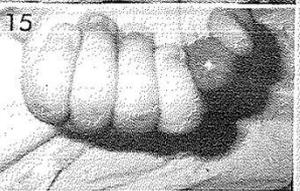
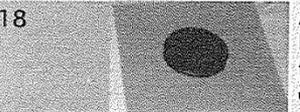
**Normes du développement moteur fonctionnel
préhension-coordination visuomanuelle
(PCVM ; Vaire-Douret)**

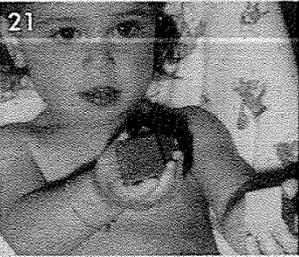
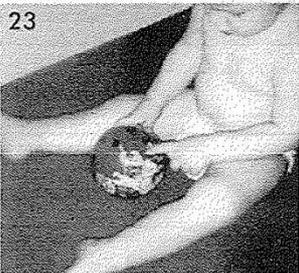
Feuille de notation

Date d'évaluation : (J) (M) (A)	Nom de l'examineur :
Nom et prénom :	Sexe : M F
Date de naissance : (J) (M) (A)	Age chronologique : (M) (J),
Age gestationnel (AG) : semaines	Age corrigé (âge chrono - (40 - AG)) : (M) (J),
Position habituelle de sommeil :	Anomalies orthopédiques :

N° item	PCVM	Préhension coordination oeil-main	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
1		En décubitus dorsal, les mains s'ouvrent et se ferment avec le pouce en dehors (mouvement giratoire). De plus, il existe un mouvement délié des doigts (adduction-abduction)	3 jours	1 jour	
2		Préhension (prise en griffe des quatre doigts) au contact de l'anneau rouge et l'amène dans son champ visuel (oculo-unimanuelle)	2 mois 14 jours	6 jours	
3		En décubitus dorsal, joue avec ses mains dans le champ visuel de l'axe de son corps (une main joue à saisir l'autre main en un mouvement giratoire) et peut les porter à la bouche	3 mois 15 jours	1 mois 1 jour	
4		En décubitus dorsal ou maintenu assis ¹ , dirige ses mains ensemble vers l'objet présenté dans l'axe médian (diam : 10 cm) et saisit, puis manipule (agilité, intérêt visuel durable) des deux mains ou d'une main	4 mois 10 jours	1 mois 2 jours	

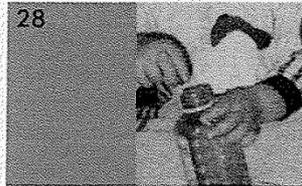
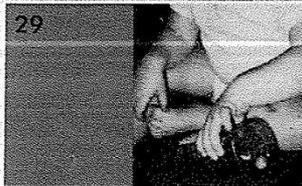
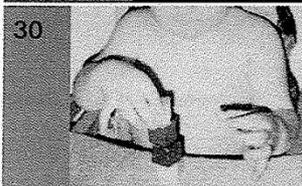
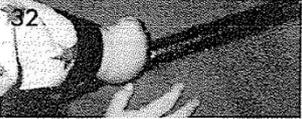
N° item	PCVM	Préhension coordination oeil-main	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
5		En décubitus dorsal ou maintenu assis ¹ , tient un cube donné dans chaque main	5 mois 14 jours	1 mois 1 jour	
6		En décubitus dorsal, attrape ses pieds avec ses mains	6 mois 1 jour	1 mois 2 jours	
7		En décubitus dorsal, ou maintenu assis ¹ , porte l'objet à la bouche et le passe d'une main dans l'autre	6 mois 2 jours	1 mois 2 jours	
8		Maintenu assis devant une table ² , saisit un cube entre les deux ou trois derniers doigts pliés sur la paume de la main (« prise cubitopalmaire »)	6 mois 3 jours	1 mois 2 jours	
9		Maintenu assis devant une table ² , saisit un cube dans chaque main	6 mois 15 jour	1 mois 1 jour	
10		Maintenu assis devant une table ² , saisit un cube à l'aide du majeur et de l'index replié (« prise radiopalmaire »)	7 mois 1 jour	1 mois 3 jours	
11		Maintenu assis devant une table ² , saisit la perle en râtissant (« prise palmaire en rateau »)	7 mois 3 jour	1 mois 5 jours	

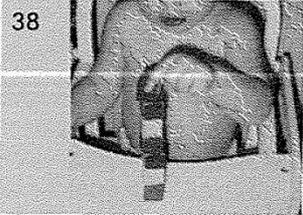
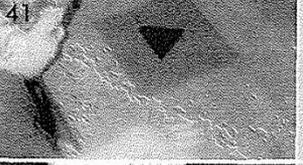
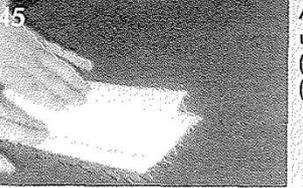
N° item	PCVM	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
12*		Maintenu assis ¹ , mange seul un biscuit	7 mois 20 jours	1 mois 3 jours	
13		En décubitus dorsal, ou maintenu assis ¹ , saisit un cube dans chaque main (prise pouce-index-majeur), présenté dans l'axe, et frappe les deux cubes l'un contre l'autre	8 mois 1 jour	1 mois 1 jour	
14		En décubitus dorsal, ou maintenu assis ¹ , après avoir saisi un cube dans chaque main, lâche l'un des deux cubes pour saisir un troisième cube présenté	8 mois 2 jours	1 mois 1 jour	
15		Maintenu assis devant une table ² , saisit la perle entre le pouce et la face latérale de l'index	8 mois 2 jours	1 mois 2 jours	
16		Maintenu assis devant une table ² , saisit la perle entre la pulpe du pouce et de l'index (« pince digitale »)	9 mois 10 jour	1 mois 6 jours	
17		Fait les marionnettes, bravo, au revoir (démonstration, 2 sur 3)	9 mois 15 jours	1 mois 3 jours	
18		Assis au sol, retire le rond de son trou (planchette, démonstration)	10 mois 2 jours	1 mois 1 jour	
19		Assis au sol, capable de dévisser le bouchon d'un bouteille (démonstration et amorçage)	11 mois 12 jours	1 mois 2 jours	

N° item	PCVM	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
20		Assis au sol, place l'anneau sur son support (démonstration)	11 mois 20 jours	1 mois 8 jours	
21		Assis au sol, saisit le troisième cube présenté (avec une ou deux mains) en gardant les deux premiers	12 mois 3 jours	1 mois 1 jour	
22		Assis ³ , encastre le rond dans son trou (planchette, démonstration)	12 mois 4 jours	1 mois 1 jour	
23		Assis au sol, jambes écartées, attrape facilement une balle (diam : 15 cm) lancée en roulant au sol (deux réussites sur trois)	12 mois 5 jours	1 mois 4 jours	
24		Assis au sol, lance une balle (diam : 15 cm) à une ou deux mains	12 mois 6 jours	1 mois 2 jours	
25		Montre du doigt (index) ce qu'il désire	13 mois 1 jour	1 mois 2 jours	
26		Assis devant une table ² , fait une tour de 2 cubes (démonstration)	14 mois 1 jour	1 mois 3 jours	
27		Porte une timbale à deux ou une mains à la bouche (démonstration)	14 mois 2 jours	1 mois 2 jours	

Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant

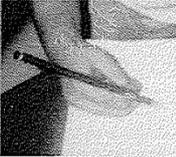
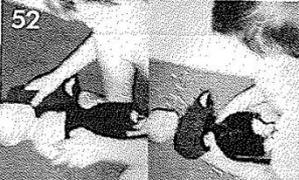
121

N° item	PCVM	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
28		Assis au sol, introduit la perle dans la bouteille (démonstration)	18 mois 2 jours	1 mois 8 jours	
29		Assis au sol, retire la perle de la bouteille en la renversant intentionnellement (démonstration)	18 mois 2 jours	1 mois 8 jours	
30		Assis devant une table ² , fait une tour de trois ou quatre cubes (démonstration)	18 mois 2 jours	1 mois 5 jours	
31*	Question au(x) parent(s)	Peut manger seul sa purée à la cuillère	18 mois 14 jours	1 mois 2 jours	
32		Ferme une fermeture à glissière (cube activité) (démonstration)	19 mois 15 jours	1 mois 4 jours	
33		Assis ³ , tourne les pages d'un livre une à une (au moins deux pages successivement)	20 mois 1 jour	1 mois 13 jours	
34		Assis devant une table, gribouillage circulaire	20 mois 2 jours	1 mois 20 jours	
35	Question au(x) parent(s)	Enlève ses chaussons	22 mois 4 jours	1 mois 16 jours	
36		Assis ³ , encastre le carré dans le trou (planchette) (démonstration)	22 mois 6 jours	1 mois 1 jour	

N° item	PCVM	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
37		Assis devant une table, trace un trait vertical ($\leq 30^\circ$ de déviation, démonstration)	23 mois 1 jour	1 mois 2 jours	
38		Assis devant une table ² , fait une tour de six à sept cubes (démonstration)	24 mois 2 jours	1 mois 3 jours	
39		Assis devant une table ² , enfle trois grosses perles sur un lacet (démonstration)	24 mois 2 jours	1 mois 3 jours	
40		Assis devant une table ² , aligne trois ou quatre cubes pour former un train (démonstration)	24 mois 4 jours	1 mois 6 jours	
41		Assis ³ , encastre le triangle dans le trou (planchette) (démonstration)	25 mois 1 jour	1 mois 3 jours	
42		Déboutonne un gros bouton et reboutonne (cube activité) (démonstration)	28 mois 10 jours	1 mois 2 jours	
43		Assis à une table, fait une tour de huit cubes (démonstration)	29 mois 1 jour	1 mois 2 jours	
44		Assis à une table, trace un trait horizontal ($\leq 30^\circ$ de déviation, démonstration)	29 mois 2 jours	1 mois 3 jours	
45		Assis à une table, plie une feuille en deux (de 15 cm) (démonstration)	29 mois 5 jours	1 mois 28 jours	

Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant

123

N° item	PCVM	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
46		Assis à une table, dessine avec son crayon bien tenu (prise digitale)	30 mois 3 jours	1 mois 2 jours	
47		Debout, lance dans l'axe médian un ballon (de 25 cm de diamètre) avec les mains et participation du tronc (deux réussites sur trois)	30 mois 4 jours	1 mois 1 jour	
48		Porte un verre d'eau et le pose sur la table	30 mois 5 jours	1 mois 3 jours	
49*	Question au(x) parent(s)	Met seules ses chaussettes, ses chaussons et sa chemise (deux réussites sur trois)	30 mois 8 jours	1 mois 5 jours	
50*	Question au(x) parent(s)	Lave et essuie seul ses mains	32 mois 3 jours	1 mois 4 jours	
51		Assis à une table, copie un rond (modèle)	32 mois 12 jours	1 mois 18 jours	
52		Habille une poupée (pull, pantalon)	34 mois 2 jours	1 mois 8 jours	
53		Commence à utiliser une paire de ciseaux à bouts ronds	35 mois 1 jour	1 mois 5 jours	
54		Assis à une table, copie une croix (modèle)	36 mois 1 jour	1 mois 2 jours	

N° item	PCVM	Développement moteur	Age moyen d'acquisition	écart type	Observation ±
55		Debout, attrape avec les mains, bras tendus, un ballon de 25 cm de diamètre, lancé en l'air dans l'axe au niveau de son thorax (deux réussites sur trois)	36 mois 3 jours	1 mois 1 jour	
56*	Question au(x) parent(s)	S'habille presque seul	38 mois 3 jours	1 mois 1 jour	
57		Assis à une table, fait une tour de dix cubes (démonstration)	42 mois 7 jours	1 mois 10 jours	
58*	Question au(x) parent(s)	Boutonne sur soi de gros boutons Lave et essuie seul ses mains	46 mois 1 jour	2 mois 6 jours	
59*	Question au(x) parent(s)	Utilise la fourchette aisément	47 mois 4 jours	1 mois 6 jours	
60		Debout, attrape avec les mains dans l'axe bras fléchis, un ballon de 25 cm de diamètre, lancé en l'air ou après rebond au sol (deux réussites sur trois)	47 mois 6 jours	1 mois 2 jours	
61		Debout, lance devant soi un ballon de 25 cm de diamètre à 4-5 m (deux réussites sur trois)	47 mois 10 jours	1 mois 4 jours	
62		Assis à une table, copie un carré (modèle)	48 mois 2 jours	1 mois 1 jour	

¹ Maintenu assis : dans un relax ; ² assis devant une table : chaise haute + tablette ; ³ assis : assis au sol ou devant une table.
*Item qui peut être demandé à l'entourage

Conclusion

Le niveau moteur fonctionnel (NMF) moyen correspond à la dernière tranche d'âge dont tous les items ont été réussis et si les items des deux tranches d'âge consécutives sont réussis.

NMF =

Observation générale :

Origine probable :

- Génétique
- Centrale
- Périphérique
- Posturale ostéomusculaire
- Psycho-affective
- Autre

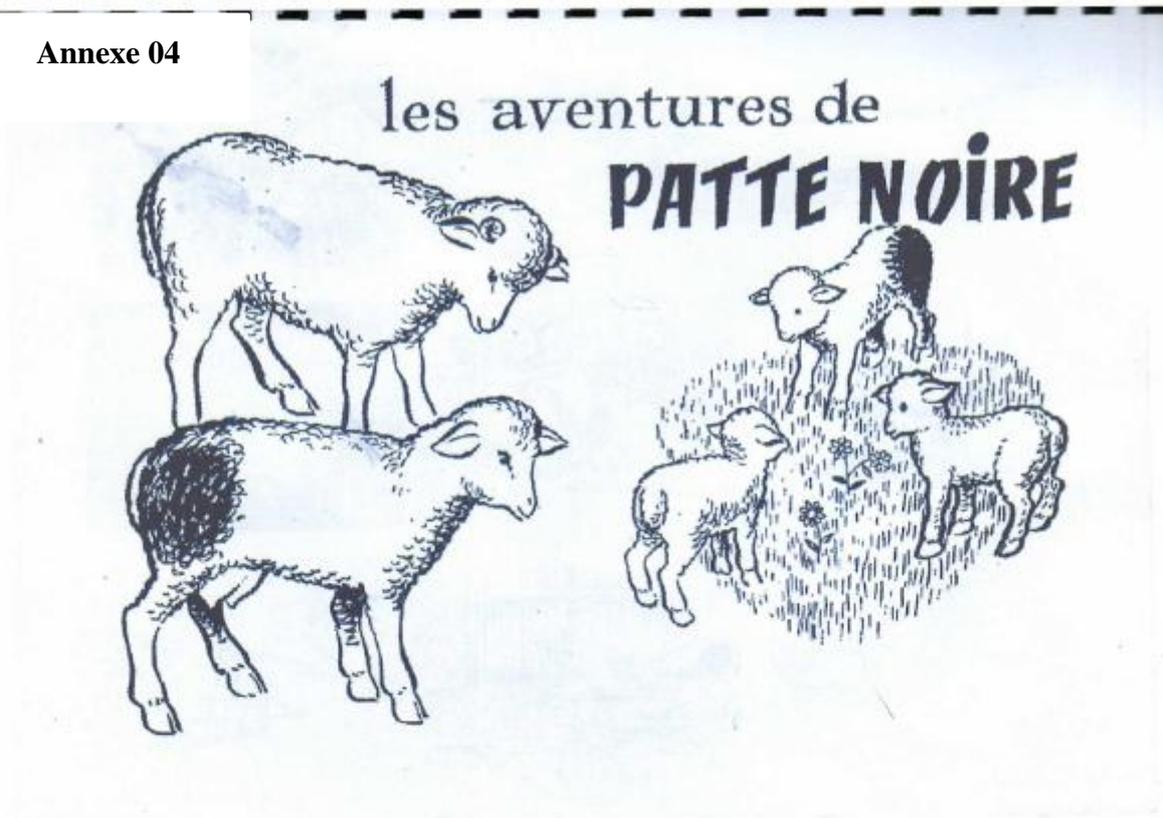
Annexe 03

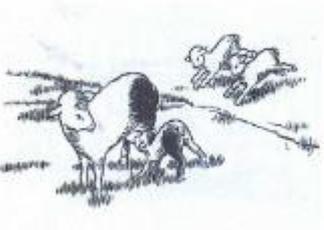
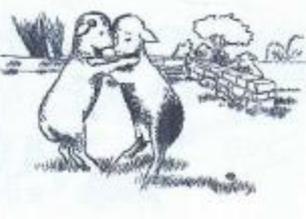
**CONSTITUANTS DE BASE
D'UN RÉGIME ALIMENTAIRE DE CROISSANCE NORMAL**
(Tableau composé à partir de : Apports nutritionnels recommandés pour les Canadiens,
Santé et Bien-être social Canada, 1983.)

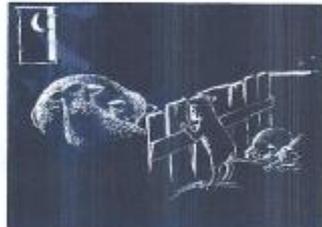
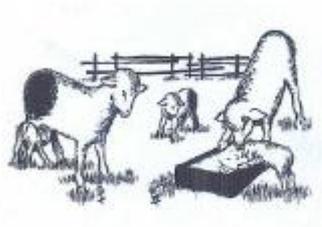
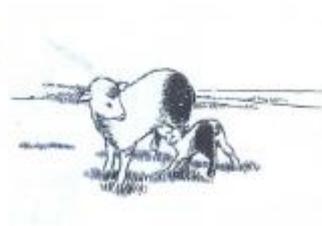
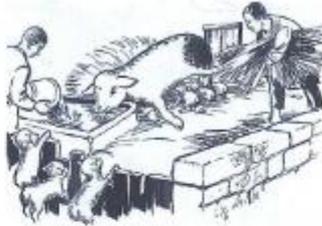
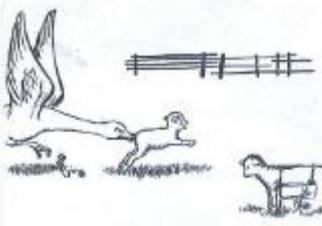
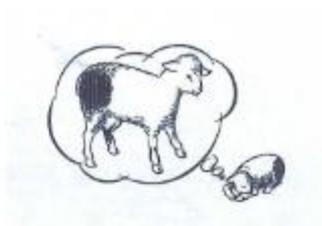
ÉLÉMENTS	LOCALISATION ESSENTIELLE	ACTION	BESOINS PAR JOUR		
			2 ANS	5 ANS	10 ANS
VITAMINE A*	LAIT, VIANDE, FOIE, LÉGUMES À FEUILLES VERTES, CAROTTES	VISION, SANTÉ DES TISSUS, CROISSANCE OSSEUSE ET DENTAIRE	400 E.R.	400 E.R.	400 E.R.
VITAMINE D*	LAIT ENRICHİ, FOIE DE POISSON (MORUE ET THON EN PARTICULIER), JAUNE D'ŒUF	MÉTABOLISME DU CALCIUM ET DU PHOSPHORE ; NÉCESSITE LA PRÉSENCE DE SOLEIL POUR AGIR. ANTIRACHITIQUE.	10 µg / J		
VITAMINE E*	VIANDE, GERMES DE BLÉ, LÉGUMES À FEUILLES VERTES, PERSIL	ANTIOXYDANTE ; RÉGÉNÉRATION DE LA PEAU	3 MG	5 MG	8 MG
VITAMINE K*	LÉGUMES À FEUILLES VERTES, RIZ, GRAINES DE SOYA	COAGULATION SANGUINE	NON PRÉCISÉE ; ABSORPTION SUFFISANTE DANS UN RÉGIME ALIMENTAIRE NORMAL		
VITAMINE B**	LEVURE DE BIÈRE, FARINES COMPLÈTES, POIS, VIANDE DE PORC, ŒUFS, LAIT, PRODUITS LAITIERS, CÉRÉALES, LÉGUMES À FEUILLES VERTES (B ₉)	B ₁ : TRANSMISSION DE L'INFLUX NERVEUX B ₂ : UTILISATION NUTRITIVE (ABSENCE = ARRÊT DE CROISSANCE) B ₁₂ : CROISSANCE	0,4 MG / 1000 CALORIES 0,5 MG / 1000 CALORIES 0,3 µg 0,5 µg 1 µg		
VITAMINE C**	AGRUMES, FRUITS ACIDES, CHOUX	ABSORPTION DU FER ; MÉTABOLISME DES ACIDES AMINÉS ; SANTÉ DES DENTS	20 MG		
PROTÉINES	LAIT, VIANDES, FOIES, CÉRÉALES	COMPOSANTES DE BASE DE LA PEAU, DES MUSCLES, DES VAISSEAUX SANGUINS. FAVORISENT L'ACTION DES ENZYMES, DE L'HÉMOGLOBINE ET DE CERTAINES HORMONES.	20 G	25 G	38 G
GLUCIDES	FÉCULENTS, SUCRE, FRUITS	ALIMENTS ÉNERGÉTIQUES ET NUTRITIFS	MINIMUM 60 À 100 G / JOUR		
LIPIDES	VIANDES, HUILES, POISSONS, CÉRÉALES	ALIMENTS ÉNERGÉTIQUES ET NUTRITIFS	15% DE L'ÉNERGIE ABSORBÉE		
MINÉRAUX	EAU, ALIMENTS	STRUCTURE DES CELLULES ; INTERVIENNENT PARTOUT.	VOIR TABLEAU 3.6 POUR LES DÉTAILS		
EAU			ENFANT : 1,5 ML/CALORIE ADULTE : 1 ML/CALORIE		

* Liposolubles - ** Hydrosolubles - E.R.: équivalent rétinol; mg: milligramme; µg: microgramme

Annexe 04









Les procédés d'élaboration des récits : récapitulation

Procédés traduisant le recours à la sphère motrice et corporelle (MC)

- MC 1* : Retrait, inhibition motrice, manifestations auto-érotiques.
MC 2 : Instabilité psychomotrice, agitation motrice et/ou verbale, interruptions par l'agir.
MC 3 : Rires, mimiques, grimaces, bruitages, onomatopées.
MC 4 : Participation corporelle : déplacements, gestes.

Procédés traduisant le recours à la relation avec le clinicien (RC)

- RC 1* : Recherche de rapproché corporel.
RC 2 : Questions, remarques adressées au clinicien, appels, apostrophes.
RC 3 : Critiques du matériel et/ou de la situation, plaintes, demandes de gratifications annexes.
RC 4 : Auto-dépréciation, auto-valorisation.

Procédés traduisant le recours à la réalité externe (RE)

- RE 1* : Recours à l'évidence, accrochage au contenu manifeste.
RE 2 : Recours aux clichés de la vie quotidienne, accent porté sur le concret, sur le faire, sur le conformisme, références à la réalité environnementale.
RE 3 : Insistance sur le cadrage, les délimitations et les supports (présents ou manquants).
RE 4 : Insistance sur les qualités sensorielles du matériel.
RE 5 : Surinvestissement de la qualité de l'objet ; attachement aux Dd narcissiques (valence positive ou négative).

Procédés traduisant le recours à l'évitement et à l'inhibition (EI)

- EI 1* : Restriction, silences, refus, tendances refus, nécessité poser questions.
EI 2 : Anonymat, motifs des conflits non précisés, placages, banalisation.
EI 3 : Évitements spécifiques, évocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêt dans le discours.

Procédés traduisant le recours à l'affect (RA)

- RA 1* : Expression verbalisée d'affects.
RA 2 : Dramatisation, exagération, théâtralisme, affects contrastés, labilité émotionnelle.
RA 3 : Accent mis sur la traduction corporelle de l'affect.
RA 4 : Affects inadéquats, affects massifs.

Procédés traduisant le recours à l'imaginaire et au fantasme (IF)

- IF 1* : Introduction de "personnages" non figurant sur l'image.
IF 2 : Appel à l'imaginaire enfantin des contes.
IF 3 : Mises en scènes, dialogues, accent mis sur les interactions, digressions : transparence des messages symboliques.
IF 4 : Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent.
IF 5 : Instabilité identificatoire, hésitations, confusions sur sexe "personnages".
IF 6 : Insistance sur les représentations d'action (aller, courir, dire, fuir, faire).
IF 7 : Fabulation loin des planches, inadéquation du thème au stimulus.
IF 8 : Expressions crues liées à une thématique sexuelle ou agressive ; expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à n'importe quelle problématique.
IF 9 : Confusion identitaire, télescopage des rôles, instabilité des objets.

Procédés traduisant le recours à l'objectivité et au contrôle (OC)

- OC 1* : Description avec attachement aux détails.
OC 2 : Insistance sur le fictif, éloignement temporo-spatial (avec ou sans précision chiffrée).
OC 3 : Éléments de type formation réactionnelle (obéissance, gentillesse, propreté, aide, devoir, argent).
OC 4 : Annulation.
OC 5 : Isolement d'éléments, de personnages ou des séquences du récit.
OC 6 : (Dé)négaration, déni.
OC 7 : Répétition, remâchage, persévération.
OC 8 : Fausses perceptions, scotomes, bizarreries perceptives.
OC 9 : Troubles de la syntaxe, troubles de l'organisation temporelle.
OC 10 : Liaisons arbitraires, associations courtes, bizarreries de la pensée.