

*Université Abderrahmane Mira de Béjaia*

*Faculté des Sciences Humaines et Sociales*

*Département en science social*

*MEMOIRE DE FIN DE CYCLE*

*EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME de Master en psychologie*

*Option: Développement Et Handicap*

*Le trauma chez les mères ayant  
des enfants porteurs de Spina*

*Bifida*

*(Etude de six cas)*

**Réalisé par**

**- kheniche Lamia**

**- ZIDI Lydia**

**Encadré par**

**Mm Douakh alima**

**Année Universitaire**

**2015-2016**

# Remerciements

*Nous remercions Dieu de nous avoir aidés et donnés le courage et la patience pour aboutir à ce résultat.*

*Nous souhaitons formuler nos remerciements les plus affectueux à nos proches : à nos parents, à notre famille, à nos amis pour leur compréhension et la patience dont ils ont fait preuve, merci pour les moments de joie partagés ensemble et leur soutien moral qui nous ont permis d'avancer et d'aller jusqu'au bout de ce travail.*

*Que ce travail soit l'occasion d'exprimer toute ma gratitude à mon directeur de thèse, Madame Douakh pour son soutien constant, sa grande disponibilité et ses précieux conseils qu'il nous a prodigués tout au long de cette recherche.*

*Ce travail n'aurait pu voir le jour sans ses remarques constructives et son écoute quant à nos réflexions personnelles. Et surtout, merci pour les mères porteuses de des enfants atteint Spina Bifida qui nous aider à accumuler notre travail de recherche, et fournir tant d'informations, de nous avoir fait confiance depuis le début.*

*Nous tenons à remercier nos professeurs de département science social de l'université ABDERAHMANNE MIRA et particulièrement les membres de la commission qui jugeront ce travail.*

## *Dédicace*

*Je dédie ce mémoire à :*

*A mes très chers parents qui m'en encouragés et soutenus  
tout au long de mon parcours d'études.*

*A mes frères et sœur, je vous dédie ce travail. Vous avez  
toujours cru en moi et soutenu de façon inconditionnelle.  
Merci d'être toujours là pour moi.*

*A mon futur fiancé merci pour tout merci pour le soutien,  
l'affection et la tendresse.*

*A tous mes amis (es) de groupe, Fahima, Lynda, Feriel. Et  
mounia, Je vous remercie pour votre amitié*

*A mes collègues de services merci pour votre respect que j'ai  
eu de votre part notamment Dr.takbou Mr.kaaiba)*

*A mon binôme Lydia. Particulièrement, à tous mes  
enseignants et à tous ceux qui ont contribué de près ou de  
loin pour que ce projet soit possible, je vous dis merci.*

*A tous les enfants nés avec un Spina Bifida*

*Mes pensées vont particulièrement à tous ces enfants  
décédés précocement à cause de cette maladie. A tous ceux  
qui ont survécu mais qui mènent une vie pénible à cause de  
leur handicap, j'adresse mes encouragements et mes prières.  
Puisse ce travail contribuer à réduire à l'avenir le fardeau  
de cette malformation.*

*Khenniche lamia*

## *Dédicace*

*Je dédie ce mémoire à :*

*Mes parents : Ma mère, mon père, qui ont œuvré pour ma réussite, de par leur amour, leur soutien, tous les sacrifices consentis et leurs précieux conseils, pour toute leur assistance et leur présence dans ma vie,*

*Puisse Dieu faire en sorte que ce travail porte son fruit ;  
A celui que j'aime beaucoup et qui ma soutenue tout au long de ce projet : mon mari. A ma belle-famille. Mon adorable petit garçon Toufik et bien sûr A mes sœurs et mon frère.*

*A ma binôme Lamia. Particulièrement,  
A mes amis de groupe, Feriel, Mounia.*

*A tous mes enseignants et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce projet soit possible,  
A mes collègues de services merci pour votre respect que j'ai eu de votre part notamment Dr.takbou Mr.kaaiba).*

*Je vous dis merci.*

*Mes pensées vont particulièrement à tous ces enfants décédés précocement à cause de cette maladie. A tous ceux qui ont survécu mais qui mènent une vie pénible à cause de leur handicap, j'adresse mes encouragements et mes prières. Puisse ce travail contribuer à réduire à l'avenir le fardeau de cette malformation.*

*ZIDI Lydia*

## Liste des figures

Figure 1: Anencéphalie.....	88
Figure 2 : Spina Bifida occulta.....	90
Figure 3 : Myélomeningocèle.....	91

**Tableau des banalités au Rorschach en Algérie**

<b><i>Planche</i></b>	<b><i>Localisation</i></b>	<b><i>Contenu (Ban)</i></b>
I	G	Chauve-souris Papillon Oiseaux
II	G	Papillon Personnes, être humain : Homme, femme, enfant, clowns.
III	G /D1 D3	Personne, être humain : homme, femme. Papillon
IV	G	Humains ou humanoïde : Monstre, ogre, géant, fantôme, diable.
V	G	Chauve souris Papillon Oiseaux
VI	G/D1	Peau, fourreur (d'animal)
VII	D1/D2	Visage(s), têtes, figures...
VIII	D1	Animal : race canine ou féline, lion, tigre, léopard, loup, chien, chat...
IX	D3	Personnes : femmes, hommes, vieux, enfants.
X	D1	Araignée (s)

- Si moussi .A, Benkhalifa.M, « production et banalités au Rorschach en Algérie », 2004, P : 356.

**Liste des tableaux :**

<b>N° de tableau</b>	<b>Titre de tableau</b>	<b>Page</b>
N°1	Récapitulation des trois phases	41
N°2	Principaux reflexes d'un enfant	54
N°3	tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe d'étude	106
N°4	Résultat de test de rorschach « Hayet »	124
N°5	Psychogramme de 1 <sup>er</sup> cas « Hayet»	125
N°6	Résultats de test de rorschach« Akila »	138
N°7	Psychogramme de 2em cas « Akila »	139
N°8	Résultats de test de rorschach « Meriem »	150
N°9	Psychogramme de 3em cas « Meriem »	151
N°10	Résultats de test de rorschach « Hassiba »	163
N°11	Psychogramme de 4em cas « Hasiba »	164
N°12	Résultats de test de rorschach « Siham »	170
N°13	Psychogramme de 5em cas « Siham »	174
N°14	Résultats de test de rorschach « Dahbia »	183
N°15	Psychogramme de 6em cas « Dahbia	184

# Table des matières

## Introduction générale

### Problématique et hypothèse

1. La problématique et l'hypothèse.....1
2. L'hypothèse.....6
3. L'objectif de choix de thème.....6

### Partie théorique

#### Chapitre I : Féminité et maternité, Trauma et retentissement

##### Préambule

1. Féminité et maternité.....8
  - 1.2. Désir d'un enfant.....9
  - 1.3. Désir d'enfant est différent de désir de.....  
grossesse.....10
  - 1.4. L'enfant imaginaire..... ..11
  - 1.5. Enfant d'objet.....12
2. Trauma et retentissement.....12
  - 2.1. Annonce du handicap.....12
  - 2.2. Le trauma et le travail de deuil maternel.....14
    - 2.2.1. Traumatisme.....15
    - 2.2.2. La nature de trauma.....16
  - 2.3. Différentes réaction psychologique face à l'annonce..  
.....16
    - 2.3.1. Le d'euil.....17

2.3.2. Les étapes de travail de deuil.....	18
2.4. Retentissement.....	20
2.4.1. Sur le couple.....	20
2.4.2. Sur la fratrie.....	22
2.4.3. Sur l'environnement .....	23
Conclusion.....	23
 <b>Chapitre II : Développement normal et pathologique de l'enfant</b>	
1. Développement Affectif normal et pathologique.....	25
 Préambule	
1.1. Développement affectif normale.....	25
1.1.1. Définition.....	25
1.1.2. La théorie de l'attachement selon Bowlby.....	31
1.1.3. Développement des relations d'attachement.....	35
1.1.4. Les types d'attachement.....	39
1.2. Développement affectif pathologique.....	37
1.2.1. La séparation de l'enfant de sa mère pendant les premières années de la vie.....	39
1.2.2. Les symptômes de troubles affectifs (attachement) par Walter D.Buening .....	39
1.2.3. Les grandes catégories de trouble affectifs .....	42
1.2.4. Les facteurs de dysfonctionnements.....	50
Conclusion.....	51

2. Développement psychomoteur normale et pathologique.....	51
Préambule	
2.1. Rappel des grandes étapes du développement normal.....	52
2.1.1. Les réflexes archaïques.....	52
2.1.1. Les grandes étapes des habilités motrices.....	54
2.1.3. Les capacités sensorielles.....	57
2. 2. La pathologie psychomotrice.....	60
2.2.1. Trouble d'attention et hyperactif / impulsivité.....	60
2.2.2. Trouble de l'acquisition de la coordination et la dyspraxie.....	62
2.2.3. Troubles de tonus musculaires.....	62
2.2.4. Dominance latéral et psychopathologique.....	63
2.2.5. Confusion droit - gauche .....	64
Conclusion.....	65
3. Développement cognitive normal pathologique.....	66
Préambule	
3.1. Connaissance.....	66
3.1.1. Connaissances des objets.....	66
3.1.2. Connaissance d'autrui.....	67
3.2. Développement des praxies.....	68

3.3. Développement de l'intelligence .....	68
3.3.1. Stades de Piaget.....	68
3.4. Le développement de l'attention.....	71
3.5. Développement du langage.....	72
3.5.1. Sur le versant perceptif.....	72
3.5.2. Sur le versant expressif.....	72
3.6. Développement de la mémoire.....	74
3.6.1. La mémoire à court terme.....	74
3.6.2. La mémoire à long terme.....	74
3.7. Développement des fonctions exécutives.....	75
4. Les pathologies du développement cognitif.....	76
4.1. Les troubles sensoriels et perceptifs.....	76
4.2. La déficience intellectuelle.....	76
4.3. Troubles spécifiques des apprentissages.....	76
4.4. Retard mental.....	77
4.4.1. Épidémiologie.....	75
4.5. Les trouble « Dys ».....	78
4.6. Les troubles attentionnels.....	78
4.7. Les troubles de mémoire.....	78
4.7.1. Défaut de mémorisation.....	78
4.7.2. Déficit de stockage.....	79
4.7.3. Déficit des processus de rappel.....	79

Conclusion.....	79
-----------------	----

## **Chapitre III : La Spina Bifida**

### Préambule

1. Définition du handicap selon l’OMS (organisation mondiale de la santé).....	81
2. Définition du handicapé.....	82
3. La maladie neurologie.....	82
3.1. Définition de SPINA BIFIDA.....	83
3.2. Aperçu historique).....	83
4. Les grandes étapes de développement embryologie.....	84
4.1. La fécondation.....	85
4.2. Segmentation.....	85
4.3. La gastrulation.....	85
4.4. La neuralation.....	86
5. Les formations de tube neural.....	86
5.1. La Plaque neurale.....	86
5.2. Gouttière neural.....	86
5.3. Tube neural primaire.....	86
5.4. Tube neural secondaire.....	87
6. Les différentes pathologiques embryogénèses.....	87

6.1. Définition.....	87
6.2. Tube neural céphalique.....	88
6.3. Tube neural médullaire.....	89
6.3.1. Myeloschisis ou rachisis complet.....	89
6.3.2. Spina bifida.....	89
7. Etiopathogénie acide folique b9.....	92
7.1. Certains tératogènes responsables de TFTN.....	92
7.1.1. Les médicaments (levalpraote/ dépakine).....	92
7.2. Les toxique.....	93
7.3. Les polluant de lm'environnement.....	93
7.4. Les solvants organiques.....	94
7.5. Les plastiques.....	94
7.6. L'exposition environnementale.....	94
7.7. Les tératogènes biophysiques.....	94
8. les causes spina bifida.....	94
9. les symptômes de spina bifida.....	95
10. les complications de la spina bifida.....	95
11. Diagnostic.....	97
11.1. Diagnostic prénatal.....	97
11.2. Postnatale Diagnostic.....	98
12. Traitement spina bifida.....	98

13. L'importance de l'acide folique.....	100
Conclusion.....	101

## **Deuxième partie**

### **Chapitre IV : Cadre méthodologique de la recherche**

#### Préambule

1. Opérationnalisation des concepts.....	102
2. Pré- enquête.....	102
3. Présentations des lieux.....	103
3.1. L'hôpital.....	103
3.2. L'association.....	103
4. la méthode clinique.....	104
4.1. Études de cas.....	104
5. Groupe d'étude.....	105
6. Outils de la recherche.....	106
6.1. Entretien clinique.....	106
6.2. Test de rorschach.....	108
6.2.1. Le matériel.....	109
6.2.2. La consigne.....	112
6.2.3. La passation .....	112
6.2.4. L'enquête .....	112

6.2.5. La cotation .....	113
6.2.6. Le psychogramme .....	113
7. Procédure de recueil de données .....	113
7.1. Les conditions de déroulement de la pratique .....	113
7.2. Les étapes de déroulement de la pratique .....	114
Conclusion .....	115

## **Chapitre V : Présentation et analyse des résultats**

1. présentation et analyse du 1 <sup>er</sup> cas « Hayet » .....	116
1.1. Présentation et analyse de l'entretien du 1 <sup>e</sup> cas « Hayet » .....	116
1.2. Présentation et analyse de test du rorschach de 1 <sup>er</sup> cas « Hayet ».....	120
1.2.1. Analyse qualitative de protocole de 1 <sup>er</sup> cas « Hayet ».....	125
1.2.2. L'analyse de protocole de 1 <sup>er</sup> cas « Hayet » .....	126
2. Présentations et analyses de 2eme cas « Akila » .....	129
2.1. Présentation et analyse de l'entretien du 2em cas « d' Akila » .....	129
2.2. Présentations et analyse de test du Rorschach de 2em cas.....	136
2.2.1. L'analyse qualitative de 2em cas de protocole de « Akila ».....	139
2.2.2. L'analyse de protocole de 2em cas « Akila ».....	140

3. présentation et analyse du 3èm cas « Meriem ».....	142
3.1. Présentation et analyse de l'entretien de 3èm cas « Meriem ».....	142
3.2. Présentation et analyse de test du Rorschach de 3èm cas «Meriem ».....	147
3.2.1. L'analyse qualitative de protocole de « Meriem ».....	151
3.2.2. L'analyse de protocole de 3emca « Meriem ».....	153
4. présentation et analyse de 4èm cas.....	
« Hassiba ».....	155
4.1. Présentation et analyse de l'entretien du 4èm cas « Hassiba ».....	155
4.2. Présentation et analyse de test du rorschach de 4 em cas « Hassiba ».....	160
4.2.1. L'analyse qualitative de 4 em cas « Hassiba ».....	164
4.2.2. L'analyse de protocole de 4 em cas « Hssiba »...	165
5. Présentation et analyse de 5em cas « Siham ».....	168
5.1. L'analyse de l'entretien de 5eme cas « Siham ».....	168
5.2 Présentation et analyse de test du rorschach de 5em Cas « « Sihem ».....	170
5.2.1. L'analyse qualitative de protocole de 5em cas « Siham ».....	175

5.2.2. L'analyse de protocole de 5em cas « Siham ».....	176
6. Présentation et analyse de 6èm cas « Dahbia ».....	178
6.1. Présentation et analyse de l'entretien de 6em cas « Dahbia ».....	178
6.2. Présentation et analyse du test de rorschach de 6èm cas « Dahbia ».....	181
6.2.1. L'analyse de qualitative de protocole de 6 em cas « Dahbia ».....	185
6.2.2. Analyse de protocole de 6em cas « Dahbia ».....	186
7. Discussion de l'hypothèse.....	188
7.1. L'hypothèse.....	188
Conclusion .....	192
La liste bibliographique	
Annexes	
Annexe I : Le guide d'entretien	
Annexe II : les planches de Roscharch	

# *Introducción*

## Introduction

L'enfant imaginaire est l'enfant que tout parent désire avoir, Les mères imaginent l'enfant qu'ils aimeraient avoir c'est l'enfant de fantasme. Cet enfant imaginaire est porteur des souhaits pour la descendance. Cette enfant est donc le fruit de vœux et de souhait conscient et inconscient nourrit par l'imaginaire.

Le désir d'enfant est donc très lié à son désir vis à vis à sa mère, l'imagine, et se fabrique ainsi un enfant imaginaire dans la tête, le temps de l'attente. Cela fait partie de la préparation de la maternité. La plupart du temps cet enfant n'est plus un nourrisson, il a donc son petit caractère, ses habitudes et un vécu souvent difficile. La mère imagine donc ce petit être bien complet, et les situations dans lesquelles on aimerait se retrouver avec son enfant (complicité, câlins, jeux etc...).

Cet enfant imaginaire se construit avec comme point de départ les bribes d'infos qu'elle a peut glaner sur lui, tel que des photos, rapports dans le dossier de l'enfant, qui recouvre le désir de maternité et celui de grossesse, qui correspond au désir d'être mère, et d'avoir un enfant du père il revoit au désir de la maternité et grossesse.

La maternité est un besoin primaire prenant sa source dans les pulsions reproductive de la femme qui constitue un réel parcours psychique pour la femme qui évolue toute au long de son enfance au fur et à mesure de la grossesse et qui prend forme à la naissance de l'enfant, c'est un ensemble des processus psychoaffectif qui se développe et s'intègre chez la femme a l'occasion de la maternité.

La naissance est une confrontation de cet enfant idéal avec l'enfant réel qui naît. Cette rencontre avec la réalité peut être heureuse, par contre si elle est douloureuse elle va rendre plus difficile les relations vues que l'enfant ne répond

## Introduction

---

pas au désir et souhait des parents. Il est nécessaire que les parents fassent le deuil de cette enfant imaginaire afin qu'ils puissent investir affectivement l'enfant réel qu'ils ont, Le rêve des mères de l'enfant parfait se trouve parfois brisé à l'annonce de son handicap.

Avoir un enfant handicapé, c'est être parents toute sa vie. Une situation lourde qui s'avère être une épreuve pour la famille, et une onde de choc pour le couple. Mais s'il peut le fragiliser, voire le faire exploser, le handicap peut aussi renforcer les unions les plus solides.

L'annonce aux parents des enfants de leurs handicapés, est un moment décisive et constructeur pour la relation à venir, entre les parent et leur enfant, ils génèrent des problèmes de gestion et d'équilibre envers les quelles il n'est pas une réponse univoque pour les parent, en premier lieux de réinvestissement maternelle dans les soins le fait de rester accrocher aux problèmes de l'enfant. On seconde lieu les effets de ses comportements la mère sera plus attentive aux exigences du l'enfant anormale et on observera de son côté un comportement agressive et de refus tant sur le plans affectif que sur le plan sexuelle a l'égard du partenaire qui provoque des changement radicaux dans la relation du couple ainsi la nécessité de réaménager le mode de vie, vu que leurs enfant handicapé occupe tout leur temps, l'arrivée d'un enfant handicapé provoque l'effondrement des rêves de perfection tissé au fils de temps des mois et bouleversent considérablement les projets d'avenir ; cette enfant sera jamais l'enfant dont ils auront rêvé , l'anxiété et la douleur ressenti replace les joie normalement associé à la naissance , les parents vivent une pénible confrontation entre leurs désir et la réalité

La naissance d'un enfant handicapé, ou porteur d'une maladie grave, tel que le Pina bifida provoque du trauma chez les parents vu la découverte d'une image horrible indésirable et choquante de leur enfant lors, de la naissance ou

transformé d'une image idéale fantasmatique à celle monstrueuse lors de l'annonce,

La mère est sous le coup d'un choc qui se manifeste par des émotions émouvantes et d'un vécu traumatisant. Avec des réactions par fois extrême dont sa vie à la suite est influencée par le retentissement de cette handicapé qui mit son mode de vie à sa dépendance totale. Au vu du caractère traumatisant de la découverte du le handicap et par conséquent du temps, et des efforts nécessaires à la maman et le coupe pour retrouver son équilibre et s'adapter et surtout accepter cet évènement car le handicap d'un enfant est perçu comme une négation de sa mère il est reçu comme une perte de potentielle d'un rêve, d'un objet.

Les parent ont besoin de temps pour accepter et traverse de leur projets et attentes et ainsi favoriser au mieux le développement leur enfants handicapé, facilité son autonomisation à l'âge adulte dans le contexte de ces propre limite cognitive ou physique, évitant l'accueille de là sur protection.

A travers notre étude, nous allons étudier cinq cas de femmes ayant des enfants handicapés Spina Bifida, afin de voir si ces enfants handicapés provoquent un trauma chez elle.

Outre l'introduction générale et la conclusion, notre mémoire est organisé en deux parties.

Première Partie : La partie théorique. Elle traite six chapitres :

Chapitre I : La féminité et la maternité ; Trauma et retentissement.

Chapitre II : Le développement normal et pathologique de l'enfant.

Chapitre III : Spina Bifida .

La deuxième partie : La partie pratique Subdivisée en deux chapitres.

# Introduction

---

Chapitre IV : méthodologique qui englobe l'opérationnalisation des concepts la pré-enquête, la méthode utilisée durant l'étude, le groupe d'étude et ses critères, le lieu de la recherche, les outils d'investigation et les démarches utilisées.

Chapitre V : présentation et analyses des résultats qui est consacré à l'analyse des résultats obtenus des entretiens et le teste de rorschach ainsi la discussion de l'hypothèse.

*Problématique et  
hypothèse*

## 1. La problématique et hypothèses

Les femmes subissent une pression énorme aujourd'hui, la société est coupable car en glorifiant la grossesse, à partir d'un âge donné si la jeune fille ne reproduit pas, la société commence à se poser des questions sur cette femme, elle l'a contraint à penser que l'essence du féminin. Réside dans la maternité. (Rivière C, 1981, p71).

La maternité comme un besoin primaire prenant sa source dans les pulsions reproductives de la femme. Le désir d'enfant était probablement inné, mettant l'emphase sur les origines biologiques et instinctuelles qui évoluaient à travers les stades de développement. Elle croit que les sources des sentiments maternels découlent des sensations vaginales et de la conscience d'avoir un vagin. Elle explique également le désir d'enfant comme étant une identification à la fonction reproductrice maternelle l'idée que l'idéal maternel n'est ni réactionnel ni compensatoire mais plutôt primaire, créatif, en évolution. (A. AdeL Baki, A .José Poulin, 2004, p3-6).

En enfantant, la femme rejoint sa propre mère et la prolonge en se différenciant d'elle (Groddeck, 1921). Plus qu'une simple pulsion du ça, qu'une gratification narcissique ou qu'une consolation des fantaisies de castration, la maternité pour Blum est l'aspect le plus convoité de l'idéal du moi féminin. Comme il a expliqué la maternité comme un idéal maternel basé sur les identifications précoces de la femme enceinte avec sa propre mère. (ibid, p5).

La féminité pour Freud, un fils l'amour maternel a une parfaite qualité, il affirme la satisfaction de la femme que pour un fils l'amour maternel a une parfaite qualité. Mais il affirme l'insatisfaction de la femme, c'est en devenant mère qu'elle trouverait une totale satisfaction ; la fécondité, le désir d'enfanter

ne seraient pas touchés par la menace de castration. (C.Anzieu, 200, p1452-1453).

La maternité constitue, donc, un réel parcours psychique pour la femme, qui évolue tout au long de son enfance, au fur et à mesure de la grossesse et qui prend forme à la naissance de l'enfant. Aussi, C. Récamier définit la maternalité comme «l'ensemble des processus Psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez les femmes à l'occasion de la maternité ».

C'est une véritable « crise d'identité » pendant laquelle la femme doit passer du statut d'enfant de sa mère à celui de la mère de son enfant. L'identification à la mère est donc au centre de ce processus. Ainsi, ce qu'une femme met au monde dans son esprit, ce n'est pas un nouvel individu, mais une nouvelle identité : le sentiment d'être mère. (M .Ottaviani, 2011, p13).

Le désir d'enfant promet, introduit la femme dans et par le réel de son corps à la maternité, maternité qui sera preuve de sa sexualité en tant que femme, autrement dit, de sa féminité. Le désir d'enfant fait entrevoir à la femme cette maternité, cet aspect de sa féminité. La clinique psychanalytique nous apprend en effet qu'au niveau de l'inconscient, une femme réalise et vit sa féminité entre autres grâce à ce désir de maternité réel, imaginaire et symbolique. La clinique nous apprend aussi qu'un refus de la maternité est toujours un refus de la féminité.

Le désir d'enfant est un désir inconscient donc commun aux deux sexes, mais il me semble néanmoins bien plus présent chez la femme que chez l'homme. (N. Stryckman, 1993, n°21, p6).

L'enfant désiré par ses parents est présent dans leur esprit tout au long de la grossesse et bien avant. Il préexiste également dans l'imaginaire familial

(parents, grands-parents...), la Plupart du temps comme enfant idéalisé qui viendra conforter, prolonger, voire réparer le narcissisme parental.

Pédopsychiatre et psychanalyste français, développe cette notion dans les années 1980. Il se base sur le fait qu'il existe différents enfants dans le psychisme des parents et, plus particulièrement, dans le psychisme maternel. Ainsi, il parle de l'enfant fantasmatique qui est celui du désir inconscient, des conflits infantiles. Il distingue ce dernier de l'enfant imaginaire qui est, quant à lui, issu du désir de grossesse et supposé tout réparer. Cet enfant imaginaire naît donc du désir d'enfant et il est différent de l'enfant réel. (M. Ottaviani, 1993, p10).

« Le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmettre l'histoire personnelle et familiale » (M. Bydlowski, 1999).

Au moment de la grossesse de l'enfant réel s'opère une confrontation avec l'enfant imaginaire, qui est associé à la mère imaginaire dans le deuil de l'enfant imaginaire, il y a aussi le deuil de la mère parfaite. Lors du l'enfant handicap se mit en place une lutte féroce entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire. Les parents peuvent se défendre de la réalité et entretenir toujours cette relation à l'enfant imaginaire, déni et clivage. Il faut doser afin que l'enfant imaginaire protège un peu l'enfant réel.

Ce tourment se prolonge dans le temps et entraîne souvent un épuisement physique et psychique, altérant sa capacité à réfléchir sur les choses à faire pour elle et l'enfant. (A. Letondeur, S. Sylvain Missonnier, 2005, p9-10).

## Problématique et hypothèses

---

L'arrivée d'un enfant handicapé provoque l'effondrement des rêves de perfection tissés au fil des mois et bouleverse considérablement les projets d'avenir qui accorde une grande importance au narcissique maternel et à sa blessure. Cet enfant ne sera jamais l'enfant dont ils auront rêvé. L'anxiété et la douleur ressenties remplacent les joies normalement associées à la naissance. Les parents vivent une pénible confrontation entre leurs désirs et la réalité. Ils sont, en général, sous le coup d'un choc qui se manifeste par des émotions très vives et des réactions parfois extrêmes. (Constance Lamarche, 1985, p3).

Un enfant handicapé est la preuve objective, que quelque chose qui est strictement lié au rôle de la femme en tant que génitrice, celle qui donne la vie, n'a pas marché dans la conception ou pendant la grossesse. Cette « erreur » biologique en rappelle une autre de type plus symbolique. Un enfant anormal représente, dans le sens généalogique, un échec de la mère par rapport à la ligne de transmission féminine par rapport à l'identification avec sa propre mère le vécu des parents par rapport à leur handicap peut se définir à partir de leur découvert du handicap et leur première réaction avant et au moment de l'annonce qui marque le point de départ à l'expériences de parents enfant handicapé lui-même. (J. Sanchez, 2005, p23).

Généralement, cela exprime une fracture dans la continuité de son groupe d'appartenance et déclare l'impuissance de la femme à satisfaire le désir de sa propre famille et de la famille de l'époux d'avoir une descendance saine. La mère se retrouve, donc, blessée dans son narcissisme car elle ne peut pas satisfaire son désir de complétude par rapport à son propre père et au désir d'enfant et de descendance de son clan. Tout investissement de l'enfant en soi-même devient irréalisable, tout comme une séparation symbolique de ce même enfant qui ne satisfait pas le désir lié à l'enfant imaginaire et pour lequel une

identification est également impossible au vu de l'étrangeté, la diversité, et le fait donc devenir « un étranger » pour elle-même. (C.Lamarche, 1985, p3)

Pour elle, la naissance d'un enfant invalide déclenche un processus de deuil. En effet, si d'un côté l'enfant handicapé détruit les espoirs d'immortalité présents dans la filiation et brise le système narcissique des parents, Le deuil devient de cette façon impossible, car perdre l'enfant, effectuer un désinvestissement, signifie désinvestir une partie d'eux-mêmes. Le manque de perspective temporelle relative à l'enfant est lié à l'impossibilité de le symboliser. Ce qui est impossible, c'est de réaliser le passage de la représentation imaginaire et fortement investie de l'enfant désiré à la représentation terrifiante et persécutrice de l'enfant réel. (A. Abdel.Baki, A. José Poulin, 2004, p3-6)

La naissance d'un enfant handicapé génère des problèmes de gestion et d'équilibre envers lesquels il n'y a pas une réponse univoque pour les parents. En premier lieu, le surinvestissement maternel dans les soins, le fait de rester accrochée au problème de l'enfant de toute son énergie ; en second lieu, les effets de ces comportements. La mère sera plus attentive aux exigences du l'enfant « anormal », et on observera, de son côté, un comportement agressif et de refus tant sur le plan affectif que sur le plan sexuel à l'égard du partenaire, qui provoque des changements radicaux dans la relation de couple. (Constance Lamarche, 1985, p37).

A travers des recherches antérieures nous avons finis par comprendre que la naissance d'un enfant porteur d'une maladie grave tel que le spina bifida qui est la conséquence d'un déficit de fermeture du tube neurale, caudal à la 4 ème paire de somites, survenant au cour de la 4ème semaine causé généralement par le manque de l'acide folique. Qui engendre un moment traumatique pour la

mère en particulier. Face à l'annonce, les parents subissent un réel traumatisme. Les difficultés ne résident pas dans le traumatisme en lui-même, mais bien dans la manière dont le parent peut se le raconter à lui-même et aux autres. Pouvoir s'exprimer, parler, communiquer à propos du handicap est donc essentiel pour le parent. Il est important de mettre en place un espace de parole pour les parents. (Ibid ,2)

Dans le cadre de notre recherche, on pose la question suivante :

**Est-ce que La naissance d'un enfant porteur de spina bifida provoque un trauma chez la mère ?**

### **2. L'hypothèse**

Pour répondre à la question nous avons formulé l'hypothèse suivante :

La naissance d'un enfant handicapé porteur le Spina Bifida provoque un sentiment traumatique.

### **3. L'objectif de choix de thème**

Notre choix de thème était une tentative de connaître le vécu psychologique chez les mères ayants des enfants Spina Bida, face à la naissance d'un enfant handicapé et ses réactions traumatisés qui sont engendrée par le retentissement.

Autant que étudiantes fin de cycle en psychologie clinique en développement et handicap, on a réalisés notre enquête pour aider les mères et parents à accepter et s'adapter avec leur enfant handicapé , pour bien mener notre recherche, on s'est appuyer sur l'entretien clinique semi déclive et on a utilisé un teste projectif « le rorschach » ces moyens nous ont permis récolter

## Problématique et hypothèses

---

des informations qui nous permet de comprendre notre thème ‘ le trauma chez les mères ayant des enfants porteur Spina Bifida.

*Première partie*

*Partie théorique*

# *Chapitre I*

*Féminité et maternité,*

*Trauma et*

*retentissement*

## Préambule

Le désir d'enfant, s'il n'est pas exclusivement féminin concerne en premier lieu la femme dans son corps, son identité, en effet c'est elle qui subit les transformations physique et psychologique de la grossesse .il introduit la femme de son corps a la maternité qui fera preuve de sa sexualité au tant que femme, autrement dit de sa féminité, une femme réalise et vit sa féminité entre outre grâce à ce désir maternité. Ce désir accompagne un souhait d'avoir un enfant sain. Par contre, mettre au monde un enfant porteur de handicap entraîne aussi un sentiment de culpabilité lié à l'idée de la transmission d'une déficience ou d'une faute originelle. C'est alors une souffrance narcissique familiale qu'engendre le « télescopage entre une défaillance de la famille à se sentir dans une continuité générationnelle (mais aussi sociétale et humaine) et l'arrivée d'un enfant qui, au lieu de venir prendre une place dans le lien en le consolidant, viendrait le dé-fonder. Les parents sont en proie à un fort sentiment de doute sur leurs capacités à se maintenir dans la chaîne générationnelle et à la poursuivre.

Pour cela dans ce chapitre, on va parler sur la féminité et la maternité tout en abordant le désir d'enfant à l'enfant réel puis en présentera l'impact de l'annonce à la naissance d'un enfant handicapé et le vécu psychologiques des parents dont lequel on va voir le travail de deuil et le retentissement.

### 1. Féminité et maternité

Pour une femme, le désir d'enfant comporte plusieurs facettes : désir de Maternité, désir d'être enceinte, désir d'accoucher désir de mettre au monde un enfant. Faut-il conclure que ces désirs sont équivalents. Il est évident que la réponse est négative. Une femme peut désirer être enceinte et rien qu'enceinte, c'est-à-dire que ce désir ne débouche pas sur celui d'accoucher d'un enfant. Elle peut désirer seulement vivre et revivre ce moment, ce « temps-espace » de la grossesse. (N. Stryckmans, 1993, n°21, p9).

**Benedek** (1970), décrit la maternité comme un besoin primaire prenant sa source dans les pulsions reproductives de la femme.

**Blum**, explique la maternité comme un idéal maternel basé sur les identifications précoces de la femme enceinte avec sa propre mère. L'idéal du moi féminin est centré autour de la mère mais inclut des représentations d'objets

de valeur concernant tous les aspects de la fonction maternelle, de même que des identifications aux aspects positifs du père (A. Abdel Baki, P. Marie-Josée, 2004, p3-9).

Le désir d'enfant permet d'accéder à la maternité à travers laquelle la femme va vivre, réaliser sa féminité. La maternité représente, pour Françoise Dolto « la dernière mutation d'une femme » c'est un besoin inscrit dans son corps et dans son esprit qui doit être satisfait, sinon il provoque une sensation de manque, le sentiment d'être mutilé. (D.Françoise, 1999, p202).

Pour définir la maternité, Racamier (1978) l'explique comme l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité.

## 1.2. Désir d'un enfant

Toute femme et même celle niant son désir de maternité en vient un jour à désirer l'enfant imaginaire, celui des fantasmes préconscients. Les femmes qui ont comblé leur désir de procréation par de nombreuses maternités, de même que l'accouchée devant son nouveau-né, rêvent toujours de l'enfant suivant, le désir d'enfant étant insatiable. « Fantasmer un prochain enfant face à celui qui vient de naître, c'est avoir recours à un tiers séparateur et laisser une place vacante où l'enfant naissant pourra grandir » L'insatiabilité du désir maternel par un enfant vivant s'exprime culturellement dans certains rituels de deuil concernant le délivre (Róheim, 1950), comme l'enterrement ou l'incinération du placenta et la plantation d'un arbre sur le lieu d'inhumation. Ce qui est désiré, ce n'est pas un enfant ; c'est le désir d'enfant, désir d'enfance, réalisation d'un souhait infantile.

Le désir d'enfant est à la fois un désir d'enfance c'est la réalisation d'un souhait infantile. Or, le désir d'objet est désir de sujet. Il se peut être entendu comme lien de passage d'un désir absolu : ce qui est désiré ce n'est pas un enfant, c'est le désir d'enfant, c'est un désir d'enfance c'est la réalisation d'un souhait infantile. (M.Bydlowski, 1997, p87).

**Monique Bydlowski** 1997, désirer un enfant est un des mouvements le plus naturelle du monde (le plus naturelle parce que partagé avec les autres aspects vivantes.) en même les plus mystérieux contrastant avec la facilité

---

naturelle de la production dans les autres espèces. Le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuelle dans sa fonction collectif d'assurer la reproduction de l'espèce, et dans sa fonction individuelle de transmission dans l'histoire personnelle et familiale. (V. Paradis, 2010, p22).

La notion de désir d'enfant est une notion extrêmement complexe, se désirerai une pulsion naturelle apparemment à la fois à la femme et à l'homme avec des déterminant différent. Pour la femme le désir d'enfant recouvre le désir de maternité et celui de grossesse, qui correspond au désir d'être mère et d'avoir un enfant du père. Il revoit au désir de maternité et au désir de grossesse. (A. bioy, 2002, p178).

Le désir d'enfant est actuellement perçu comme la plus naturelle et la plus universelle des valeurs humaine, comme une démarche consciente, voire programmée. (P. Claud-Noelle, 2001, p109).

### **1.3. Désir d'enfant est différent de désir de grossesse**

La grossesse est caractérisée par une grande et étonnante perméabilité aux représentations inconscientes, au monde fantasmatique dont les femmes parlent très librement et aux souvenirs enfouis, secondairement à une certaine levée du refoulement. Le déséquilibre temporaire de la personnalité relié à la grossesse peut donner l'impression d'une désintégration et désorganisation sévère.

**Gauthier**, 1996 semble que l'accès à ce matériel refoulé libère les émotions attachées à ces souvenirs et permet à la future mère de consacrer toutes ses énergies à l'enfant après sa naissance ».

La grossesse est donc un processus en mouvement, à la fois physiologique et émotionnel, impliquant l'investissement cathartique d'un fœtus en développement et changeant. Celui-ci est d'abord vu par la mère comme une partie de son propre corps et à la fois son extension. Puis, lorsque le bébé naît, il devient un objet séparé et combine à la fois une extension de l'image du père et de la mère elle-même. Alors que normalement, le fœtus est investi en tant que bébé avec une apparence et parfois même une identité sexuelle, certaines femmes considèrent le fœtus comme un organe de leur propre corps dont elles pourraient disposer aussi aisément que d'un appendice infecté. (Amal Abdel Baki, Marie-Josée Poulin, 2004, p18-21).

Pour envisager une grossesse, il faut cesser de ne pas la vouloir ; arrêter sa contraception, en accord avec son compagnon. Des mots, des images, des rêves parentaux se mettent alors en place, et précèdent toujours l'incarnation en un enfant. (Bydlowski, 2008, p8-9).

Et le couple parentale est aussi capable d'envisager l'existence du future enfant comme individu au sein de leur famille ou pouvoir parler de désir d'enfant. Il faut distinguer le désir d'enfant du désir de grossesse ; ces deux désirs ne sont pas forcément corrélés. Des femmes peuvent vouloir être enceinte sans autant désirer un enfant. D'autres n'arrivent pas à investir l'enfant réel, le désir de grossesse renvoie plutôt à la fonction reproductrice de la femme ; le désir peut apparaître avec le souhait de vérifier ces capacités de fécondité, de s'assurer de l'intégrité de son corps et de son bon fonctionnement sur le plan physiologique. la grossesse apporte alors la preuve de la fécondité et permet de s'affirmer femme. (G. ferragu.2002, p45).

#### **1.4. L'enfant imaginaire**

Cette notion d'enfant imaginaire qui se déploie dans le champ du préconscient (Rêveries diurnes, fantaisies), champ qui est tissé de souvenirs mis en latence. Ces souvenirs sont réactivés par les Rêveries.

L'enfant imaginaire c'est l'enfant du fantasme, est cet enfant construit par les rêves d'un couple parental, homme et femme, par ceux du gynécologue, par ceux de la science médicale, constructions alimentées par le discours social sur l'enfant constructions qui s'expriment notamment dans les préparatifs des parents pour sa venue. Cet enfant est donc le fruit de vœux et de souhaits conscients et inconscients nourrit par l'imaginaire. Comme l'écrivait Patrick De Neuter « Chacun sait que cet enfant de rêve est radicalement différent du fœtus gonflant l'utérus, comme de cette organisation complexe de muscles, d'os, de réflexes, de viscères, etc..). Cet enfant de rêve est donc celui qui est présent dans l'univers de chacun et chacune depuis l'enfance. Il a fait partie des rêves des petites filles et des petits garçons que nous avons été. (S. Lebovici 1915, p2).

L'enfant imaginaire est aussi créé à l'image de l'enfant de rêve des parents, mais aussi de l'enfant que l'enfant rêve de procréer avec l'un ou l'autre de ses parents. Sur base de nombreuses observations de ce genre, on peut affirmer

qu'en chacune et chacun de nous sommeille un ou plusieurs enfants de rêve, enfant qui fut bercé par l'imaginaire de l'enfant, enfant dont l'enfant n'a pas toujours un savoir conscient, enfant qu'il a désiré avoir comme ses parents en ont eu ; enfant qu'il ou qu'elle a souvent souhaité consciemment ou inconsciemment procréer d'abord avec sa mère, ensuite avec son père (ibid, p3)

Une femme peut ainsi désirer avoir le garçon que sa mère regrettait de ne pas avoir mis au monde. Inversement, un homme peut rêver d'avoir la fille que son père regrettait n'avoir jamais eue. Ce que peut très bien percevoir un enfant tel celui qui affirmait quarante ans plus tard : « Ma grand-mère ne m'a pas regardée, parlé, parce qu'elle ne voulait pas que sa fille ait une fille mais bien le garçon qu'elle n'avait jamais eu » (ibid 3)

### **1.5. L'enfant d'objet**

L'enfant objet est un enfant qui, dans la structure désirante de la mère, est réduit à incarner, d'une façon ou d'une autre, cette part de son corps à jamais perdue et qui cause son désir. Autrement dit, cet enfant est réduit à être l'objet cause du désir de la mère. Un tel enfant, la mère ne veut le perdre à aucun prix : soit pour pouvoir en jouir, soit encore parce qu'elle y trouve un support essentiel à sa structure subjective et un sens indispensable à son existence. Il est identifié comme objet réel du désir de la mère en tant que « désir narcissique de fusion léthale » comme l'écrit J. Kristeva, désir différent que celui que la mère peut éprouver par ailleurs pour un homme. (N.Stryckman, 1993, p11).

## **2. Trauma et retentissement**

### **2.1. Annonce du handicap**

L'annonce d'un handicap présumé ou manifeste constitue sans doute une mission difficile et délicate pour le professionnel qui en est chargé. Devant la souffrance des parents et la réalité du handicap, les professionnels de la santé sont dans de nombreux cas envahis par un sentiment d'impuissance. En effet, il s'avère que la complexité et la difficulté non seulement de la situation mais aussi de l'acte de révélation mènent souvent à des circonstances insatisfaisantes de l'annonce d'un handicap. Ces circonstances restent gravées dans la mémoire des parents et leurs effets peuvent gravement perturber la relation entre les parents et leur enfant différent.

---

À partir d'entretiens de recherche avec des médecins annonceurs d'une maladie grave concernant un enfant, Aubert et ses coll. (2008) ont montré que l'annonceur est affecté non seulement par les émotions des parents mais également par les siennes. Il vit comme un échec, ou le signe d'une coupable faiblesse, le fait de ne pouvoir les masquer et les gérer sereinement. Estimer que l'annonce doit être pensée comme faisant partie du domaine de l'information leur permet de mettre à distance les affects et de positionner l'enfant comme ne pouvant pas être destinataire direct des paroles, des regards qui accompagnent l'annonce. Ils disent tenter de faire en sorte que ce qui est dit soit le plus objectif, rationnel et explicatif possible.

Parfois, pour supporter la sidération des parents suite à l'annonce, les médecins reconnaissent leur douleur pour ne pas laisser le silence s'installer et pour garder le lien avec les parents. Ils se sentent acteurs et tentent de prendre soin des parents, tout en gérant leurs propres émotions.

Lorsque arrive au monde un enfant pas comme les autres, ces tout l'univers qui bascule. L'annonce de diagnostic est choc qui parte la vie familiale en un « avant » qui semblent disparu a tous jamais et un « après » qu'il va falloir construire et aménager comment accepter l'inacceptable ? Le handicap d'un enfant fait l'effet d'un tremblement de terre ou l'explosion, qui entraînent des réactions en chaîne : bouleversement de tout le réseau relationnel à l'intérieur de la famille, le retentissement sur l'équilibre psychique de chaque membre de groupe familial (les parents, les frères et sœur, les grand parents, les oncles et tantes ...) les ondes de choc traversent les générations. (S. korff-sausse, 2007, p22-29).

C'est la raison pour laquelle, lors de l'annonce de la déficience, les parents vont passer de l'enfant du rêve à a l'enfant de cauchemar cette métaphore illustre bien le passage pour les parents, du l'image idéaliser qui sera certainement le plus beau, le plus intelligent et en plein santé à un enfant porteur d'un handicap avec toute la connotation négative, la fatalité et désillusions qui peuvent y être associées.

Face à cette annonce, les parents subissent un réel traumatisme. Les difficultés ne résident pas dans le traumatisme en lui-même, mais bien dans la manière dont le parent peut le raconter à lui-même et aux autres, pouvoir

---

s'exprimer, parler, communiquer, à propos du handicap est donc essentiel pour le parent. Il est important de mettre en place un espace de parole pour les parents. Ainsi, la présence d'un psychologue lors de l'annonce et après celle-ci et donc capital pour permettre la mise au mort du handicap. Notons, que très souvent l'annonce de la déficience se fait à un seul des parents l'autre va devoir informer son ou sa partenaire. Lorsque l'on sait la difficulté à parler du handicap au premier temps, nous pouvons imaginer à quel point situation peut être lourde pour le parent qui se voit attribuer cette tâche.

## **2.2. Le trauma et le travail de deuil maternel**

Selon Dollander (2009), le travail de deuil s'effectue par la symbolisation de la perte. Ce processus met en œuvre deux mouvements : d'une part, la symbolisation de l'objet perdu, qui nécessite sa mise en représentation ainsi que la relation qui lui est liée. L'objet intériorisé diffère de l'objet externe qui, lui, est marqué du vécu de la perte. D'autre part, le travail de deuil se décline en symbolisation des affects liés à la perte il s'agit de lier les affects entre eux, mais aussi de les mettre en relation avec les représentations correspondantes.

Pour que le travail de deuil s'accomplisse de manière élaborée, l'objet réel perdu doit subir un désinvestissement pulsionnel, par déliaison des affects d'amour et de haine, selon un processus progressif avant un renoncement. Il s'agit donc, à travers l'analyse de l'entretien et de l'épreuve projective du Rorschach, de repérer le destin de l'affect en ce que celui-ci donne des indications quant au degré d'élaboration mentale du deuil. Le deuil (visant le détachement) et le trauma (contraignant à l'attachement mortifère avec la possible répétition de la scène). Le travail de deuil proprement dit ne commence réellement que lorsque le temps du déni et du refus est dépassé et que s'installe la souffrance dépressive. C'est là que s'effectue le désinvestissement de l'objet, qui constitue l'essence du travail de deuil. Enfin, la phase d'adaptation, ou de

---

terminaison, est marquée par l'investissement de nouveaux objets et la création de nouveaux liens.

En effet, le trauma renvoie à l'impact psychique d'un événement qui a laissé des traces sur le sujet.

Le trauma, selon une acceptation psychanalytique, est entendu comme ce qui submerge l'appareil psychique et déborde l'activité représentationnelle. Le refoulement et les représentations échouent à se constituer et l'événement à potentiel traumatique ne peut être pris en charge par les représentations. (M.Dollander, 2014, p7-8).

### **2.2.1. Traumatisme**

Depuis les avancées théoriques de Freud et les travaux de Ferenczi, pour lequel le traumatisme ne se limite pas au fantasme de séduction, le traumatisme renvoie à l'effraction de l'appareil psychique, débordé dans ses qualités pare-excitantes. Sur la scène réelle ou externe, l'événement, unique ou cumulatif, provoque une effraction, exigeant un travail psychique d'élaboration. Dans le registre interne, la pulsion requiert, déjà, un travail de liaison. Or, dans le cas du trauma, le psychisme ne parvient pas à liquider l'excitation, laissant des traces perceptives, dont le surinvestissement s'effectue au détriment de la représentation. Janin(1995) définit le traumatisme comme « ce qui vient signifier, dans le psychisme, l'expérience de la discontinuité du fonctionnement mental, et ce, quelle que soit l'origine de cette discontinuité. » Ce qui constitue le traumatisme n'est donc pas l'événement, mais, plutôt, le déficit du travail psychique de représentation, autrement dit, l'empiètement, sur la psyché, d'un sujet parfois encore immature. La superposition de la brutalité de l'événement et d'une absence de réponse adéquate forme, alors, un état traumatique constant, se caractérisant par une sensation de détresse permanente

---

(Hilflosigkeit, selon la théorie freudienne. (A.Valérie, M.Marjorie, n°532, 214, p331)

### **2.2.2. La nature de trauma**

Le sentiment d'impuissance et d'inadéquation et la menace (physique ou morale) à la vie de l'individu sont fondamentaux pour l'analyse d'un stress traumatique, le traumatisme va attaquer le sentiment de soi du sujet (traumatisé) et sa capacité de prévision du monde. Van der Kolk (1996) affirme que les valeurs typiques d'une culture influencent la manière selon laquelle un événement imprévisible agit sur le sentiment de soi et détermine le sentiment de violation associé au traumatisme, ce qui est particulièrement dramatique pour les parents d'enfants handicapés. (Dr F.G. Rasso, 2012, p33).

Le trauma est donc se définit comme un évènement survenant dans la vie d'un sujet dont les capacités psychique ne sont pas encore en mesure d'en intégrer les effets. Cette définition attribue un statut d'extériorité aux causes de trauma et ne fait pas dépendre leur jeunesse du positionnement psychique ou se trouve le sujet à ce moment-là. (S.Benzaquen, 2002, p71).

### **2.3. Différentes réactions psychologiques face à l'annonce**

L'enfant handicapé envoie une image déformé, tel un miroir brisé dont laquelle ils ont du mal à se reconnaître et, partant, à reconnaître l'enfant attendu. Comment faire le lien entre l'image idéale de l'enfant merveilleux qu'ils ont porté neuf mois dans leur imaginaire et dans la réalité de l'enfant abimé, marqué par un diagnostic grave ? Le décalage entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel et si grand qu'un vrai travail de Deuil est nécessaire pour que l'enfant handicapé puisse trouver sa place. mais ce travail est-il vraiment possible ? peut-on accepter l'inacceptable ? Deuil trempeur, Deuil impossible, car s'il y a un

---

« objet perdu » (l'enfant imaginaire), il y a aussi un « objet présent » (l'enfant handicapé) qui empêche leur remplacement de l'objet perdu, ce processus est aussi essentiel de travail de Deuil.

Deuil sans fin, car la présence de l'enfant vivant tire les parents dans deux directions opposées : l'une qui les oblige à enterrer leur désir, l'autre qui les contraint à investir quand comme dans l'espoir. Deuil est toujours inachevé, parce que réactivé à chaque nouvelle étape de la vie de leur enfant, à chaque nouveau renoncement, à chaque fois espoir déçu. (B.depraz, f.zufferrez, Cour du handicap deuil et sa famille, 2000-2001).

### **2.3.1. Le deuil**

Pour Laurence, La difficulté du travail de deuil vient du fait qu'il risque d'y avoir confusion entre naissance et mort, entre joie et douleur, entre tous les sentiments liés d'une part au nouvel être et ceux liés, à sa perte. Selon l'auteur est un processus tout à fait normale qui résulte de la perte et qui permet à l'individu d'accepter et de s'adapter à cette perte. Une difficulté supplémentaire vient du fait que cette perte se situe avant d'avoir connu la réalité du nouvel être. Autrement dit, les risques de deuil compliqué ou pathologique ou, pour le moins, les risques de lourdes séquelles psychologique. (M. Dufour.gedda, 2007, p45).

Le terme de deuil caractérise l'état affectif dans lequel se trouve l'endeuillé, la notion de travail de deuil fait référence à la charge mentale qui est nécessaire pour accepter la perte. C'est la résolution d'un processus psychologique de l'éradication progressive d'une information par le cerveau. Il englobe donc toute les étapes psychique essentielles pour y faire face et accepter les modifications que cette privation va induire en nous. (M.Hanus, 2007, p12).

### 2.3.2. Les étapes de travail de deuil

-**Choc**, Une réaction généralement observée, dans un premier temps, une personne qui est dans cet état lorsque placée devant un fait inattendu, elle est contrainte de se réorienter et d'intégrer cette nouvelle réalité. Les parents attendent un enfant normal et la naissance d'un enfant handicapé signifie la perte de l'enfant normale. L'état de choc peut se manifester par une explosion émotionnelle ou par une indifférence apparente. Mais les parents éprouvent toujours des sentiments d'effroi, d'égarement et de confusion et se posent une foule de questions.

-**La négation**, Pendant cette période, les parents désirent que la réalité se transforme et que leur chagrin disparaisse par magie. Certains parents résistent à la réalité en devenant super actifs et en refusant d'entendre toute information sur l'état de leur enfant. D'autres rejettent le diagnostic et recherchent une opinion médicale favorable. D'autres encore affichent une certaine indifférence. Parfois, certains parents souffrent au point de nier la condition de l'enfant en devenant trop ou pas assez optimistes à l'égard de son potentiel de développement. En effet, l'étape de négation est essentielle au processus d'adaptation et constitue un mécanisme de défense contre la trop grande brutalité du choc. Parent pourra se retrouver submergé par un **sentiment extrême d'injustice**.

- **Culpabilité, désespoir, et colère**, La rencontre, avec un handicap est l'activation d'un sentiment de culpabilité, on observe d'abord une culpabilité que l'on pourrait appeler trauma : Culpabilité d'avoir donné la vie à cet enfant. Le désespoir et la colère succèdent à la négation. C'est alors que les parents se rendent compte de l'incapacité réelle ou de la déficience de l'enfant. Les problèmes occasionnés par la présence de l'enfant passent au premier plan. Les parents se demandent: «Pourquoi cela arrive-t-il à nous plutôt qu'à d'autres?». La

---

colère qui se manifeste durant cette troisième étape est dirigée vers soi-même, vers le conjoint, vers l'enfant, vers les professionnels ou vers l'entourage. Les parents se sentent inadéquats et coupables, ils doutent d'eux-mêmes. L'intensité de la culpabilité varie selon le degré d'équilibre atteint avant la naissance de l'enfant. Le parent se sent responsable et ressent une **culpabilité intense** accompagnée ou la **honte**. De plus, cette annonce entraînant un grand **sentiment d'impuissance**, le parent peut ressentir cette **colère** vis à vis de lui.

**-Le détachement et l'adaptation,** À ce moment, les parents commencent à s'organiser en fonction de la réalité, mais ils ne sont pas encore capables de comprendre et de maîtriser tous leurs sentiments et leurs émotions. On pourrait croire qu'il s'agit d'une phase transitoire, une sorte de répit entre l'étape de désespoir et la réorganisation, Au cours de cette période, les parents reprennent goût à la vie, ils retrouvent des intérêts et des occupations qu'ils avaient délaissés. Ils s'aperçoivent que leurs autres enfants (s'il y a lieu) requièrent leur présence et leur attention. Ils voient qu'ils ne sont pas les seuls à traverser des moments difficiles. Leurs sentiments négatifs s'atténuent donc progressivement. En somme, ils réalisent que la vie continue.

**-L'acceptation et la réorganisation,** La phase d'acceptation ou de réorganisation se manifeste par une reconnaissance des limites et du potentiel de l'enfant. Les parents admettent également les contraintes et les limites des professionnels et des programmes; ils y participent et prennent même l'initiative d'actions éducatives. De façon générale, la perception de l'enfant par les parents devient claire et cohérente. Ce dernier prend sa place et est traité selon ses besoins au même titre que les autres membres de la famille. Une volonté de donner à l'enfant toutes les chances d'un développement harmonieux. À cette étape, la relation avec l'enfant devient gratifiante pour les parents.

---

Prenant comme point de départ une autre réflexion, S. Korff-Sausse (1996) arrive à la même conclusion. Pour elle, la naissance d'un enfant invalide déclenche un processus de deuil. En effet, si d'un côté l'enfant handicapé détruit les espoirs d'immortalité présents dans la filiation et brise le système narcissique des parents, de l'autre, en restant en vie, il est incorporé à l'intérieur du psychisme du parent pour donner à ses instances narcissiques une voie de repli.

Cela caractérise, pour l'auteur, l'immobilisation du temps, caractéristique des relations des parents avec leur enfant handicapé. Le deuil devient de cette façon impossible, car Perdre l'enfant, effectuer un désinvestissement, signifie désinvestir une partie d'eux-mêmes. Le manque de perspective temporelle relative à l'enfant est lié à l'impossibilité de le Symboliser. Ce qui est impossible, c'est de réaliser le passage de la représentation imaginaire et fortement investie de l'enfant désiré à la représentation terrifiante et persécutrice de l'enfant réel. (C.Lamarche, 1985, p38-40).

## **2.4. Retentissement**

### **2.4.1. Sur le couple**

Malheureusement, la naissance d'un enfant handicapé génère des problèmes de gestion et d'équilibre envers lesquels il n'y a pas une réponse univoque pour les parents. En premier lieu, le surinvestissement maternel dans les soins, le fait de rester accrochée au problème de l'enfant de toute son énergie ; en second lieu, les effets de ces comportements. La mère sera plus attentive aux exigences du fils « anormal », et on observera, de son côté, un comportement agressif et de refus tant sur le plan affectif que sur le plan sexuel à l'égard du partenaire, qui provoque des changements radicaux dans la relation de couple.

---

Dans les cas où existent déjà des difficultés de couple, l'arrivée de l'enfant handicapé constitue souvent une épreuve trop rude à surmonter pour les époux. Surtout pour les pères, la situation est encore plus délicate. Il arrive très fréquemment que le père réagisse en abandonnant le foyer familial, en abandonnant sa femme et les enfants. Dans ces cas, le refus de la paternité est comparable au refus de la compagne et de tout ce qui dérive d'elle. Dans d'autres cas, les parents décident, de bon ou mauvais gré, de mettre fin à leur histoire.

Le stress provoqué par la naissance d'un enfant handicapé entraîne parfois des conflits dans le couple qui se traduisent par des sentiments de confusion, de doute, de culpabilité, d'incompétence et d'incompréhension, on récapitulant les Processus des réactions parents :

**Choc et déni**, par exemple quand le parent dit : non ce n'est pas vrai ! Il fait le tour des médecins pour confirmer ou infirmer, la **colère**, généralement accompagnée par la **haine**, par exemple les parents se posent la question pour quoi nous ? **La dépression** dont la quelle elle peut être une maladie ou réaction passagère, elle se manifeste par la **tristesse, anxiété, détresse** jusqu'à la **résilience**, l'acceptation est parfois partielle, dont laquelle les parents positivent les choses, ils espèrent que leur enfant handicapé arrive à l'acquisition de l'autonomie.

La vie quotidienne ne serait plus comme avant se manifeste par une limitation des activités de loisir, fêtes, sorties avec des amis se sacrifier tout leur temps pour leur enfant malade. Les parents ont un programme spécifique dans le changement de rôle et fonction (par exemple qui garde l'enfant, répond à ses besoin et réaliser ses taches de soins) au point ne pas vivre leur vie de couple conjugal, à des difficultés de dialogue ; apparition des troubles de désespoir,

---

isolement, rupture, épuisement, tension dans la famille. Ce mènent à des difficultés dans la gestion des problèmes de l'enfant qui demande un réaménagement.

Et dans la vie professionnelle; le couple se retrouve dans l'obligation de changement de poste occupé à un poste aménagé ; chercher un lieu près de leur domicile et hôpitaux (les réseaux sociaux). Même trouve les difficultés sur le fonctionnement d'économie (coût des soins). (A.Ciccone, 2012, p1-6).

#### 2.4.2. Sur la fratrie

Le handicap produit une rupture dans l'affiliation frère et sœur, les réactions se variées selon l'âge des enfants comme :

Les frères et sœur ont **du mal à accepter** l'enfant que l'enfant handicapé reçoive une plus grande attention de la part de leur parent, sa présence leur impose des contraintes sociales. Le sentiment engendre par fois **la colère** au point de souhaiter le départ ou la disparition de l'enfant handicapé. Les frères et sœur sont **jaloux** de l'enfant handicapé car ils ont peur de perdre leur place dans la famille et l'affection de leur parent : il est alors perçu comme un **rival** ce qui provoque une grande ambivalence.

Ces sentiments négatifs entraînent **une réaction de culpabilité**, les frères ou sœur se sentent parfois **coupables d'être normaux** ou de ne pas s'intéresser suffisamment à l'enfant handicapé. Ils éprouvent aussi en outre de **la pitié** et de **la tristesse, l'embarras** ou la **honte** selon (Wentworth, 1974), vient au second rang des émotions ressenti face à l'enfant handicapé. L'intensité de la honte dépend notamment de l'âge des frères et sœurs.

### 2.4.3. Sur l'environnement et social

Lorsque les parents réalisent que leur enfant comblera ni leur attente, ni leurs aspirations et qu'il ne répondra pas davantage aux normes de la société, ils ont tendance à s'isoler pendant une certaine période. D'autres deviennent agressifs envers leur entourage.

Le sentiment d'isolement social qui tient à la rareté des aides reçues dans l'environnement social et professionnel, ce sentiment s'accroît quand l'enfant grandit.

La perturbation dans la vie sociale précède le poids que fait peser sur les parents et menacée par le regard des autres. Qui met en image le sur handicap imposé par le regard social. Remise en cause de leur rôle éducatif traditionnel. Les incertitudes qu'ils ressentent au sujet du comportement que leur enfant handicapé adoptera à la société aboutissent pour eux les règles de jeu social. Les parents sont d'ailleurs dans une double incertitude. Ils ne peuvent prévoir le comportement de l'enfant en société et ne peuvent pas non plus se faire une idée de l'image que la société aura de l'enfant handicapé. Ils sont, de plus, partagés entre les désirs et de besoin contradictoire : le désir que l'enfant apparaisse aussi normale que possible d'un avis social est contredit par le besoin d'obtenir des aides administratives et humaine. (C.Lamarche, 1985, p46-47).

### Conclusion

L'expérience de la maternité représente une phase importante de développement ; donnant l'occasion de résoudre l'ambivalence concernant la séparation et de réajuster les résolutions partielles ou inadéquates des conflits passés. Différentes théories décrivent la maternité comme une satisfaction des pulsions libidinales génitales, une gratification narcissique, une consolation des fantasmes de castration, une identification à la fonction reproductive maternelle

---

ou encore l'aspect le plus convoité de l'idéal du moi féminin. Le désir d'enfant, projet conscient, est souvent infiltré de significations et de désirs inconscients. En relation avec les changements physiologiques importants, une organisation psychique unique à la grossesse permet un réaménagement psychique avec des modifications internes et interactionnelles durables. La grossesse est donc une période de crise émotionnelle, puis comme une étape de maturation ; Elle est un point critique dans la recherche de l'identité féminine, un point de non-retour puisqu'elle implique la fin de la femme comme unité indépendante et le début de l'irrévocable relation mère-enfant. Des changements d'attitudes au sein de la famille engendrés par le trauma qui nous a fut voir l'impact dans le retentissement dans le cas d'un enfant né handicapé

La douleur ressentie quand l'objet est perdu permet de permettre en évidence l'importance capitale de l'objet. C'est par lui que passe le trauma et le travail de deuil obligé le psychisme face aux exigences pulsionnelles. Le deuil apparaît en suite sous l'influence de l'épreuve de réalité qui exige de la manière impérative que lorsqu'on se sépare de l'objet qui n'est plus.

## *Chapitre II*

# *Développement normal et pathologique de l'enfant*

## **1. Développement Affectif normal et pathologique**

### **Préambule**

Le bébé réagit positivement au confort et à la satisfaction de ses besoins, négativement à l'inconfort et aux frustrations. Il fixe le visage humain. Petit à petit les pleurs se différencient et s'érigent en moyen de communication pour exprimer divers types d'inconfort.

Le nourrisson a une vie mentale et somatique très proche du pulsionnel, c'est à dire commandée presque exclusivement par les besoins archaïques. Du monde qui l'entoure et le domine n'existe que ce dont il a besoin. Tout ce qu'il croit et ressent existe, car il ne fait pas la part du réel et de l'imaginaire.

### **1.1. Développement affectif normal**

#### **1.1.1. Définition**

Le développement affectif du nourrisson est à la fois spécifique de l'espèce et intimement lié aux relations avec ses différents partenaires. Les connaissances dans ce domaine se sont transformées ces dernières années et continuent à évoluer. On met actuellement en relation les grands courants théoriques qui contribuent à la compréhension du développement affectif du nourrisson, notamment :

-Ceux issus de la psychanalyse et de la théorie psychanalytique<sup>1</sup>, s'appuyant sur la reconstruction d'un vécu infantile concernant les principales expériences affectives.

-Ceux issus de l'observation directe du comportement des bébés et de leurs interactions.

---

La communication émotionnelle et affective existe d'emblée chez le nouveau-né. Elle est déterminante pour le développement de l'ensemble des secteurs de la vie psychique de l'enfant. La découverte par les parents des compétences de leur enfant va faciliter la mise en place des interactions et de l'attachement précoce. (JP.Raynaud, 2008. p1).

### **Théorie de Ms. Mahler**

On distingue trois étapes qui sont successivement la phase d'autisme normale, la phase de symbiose normale et la phase du processus de séparation-individuation.

- **Phase autistique normale**

Elle dure à peu près quatre semaines les nouveaux né qui dispose d'un appairage reflexe (succion, fousissement etc.).

Durent ces rare période d'éveille , le nouveaux né essaye seulement de maintenir une régulation homéostatique des phénomènes physiologiques il n'a aucune conscience de l'agent maternant et ne différencie en rien ces propre tentative d'apaisement des tensions (par des activités tel que cracher , tousser , uriner régurgiter , crier , vomir ) de celle de ce qu'il lui viennent des soins de sa mère La satisfaction de ce besoin relève de sa propre sphère autistique omnipotente.

Le sein fait partie intégrante de lui-même et la mère est réduite à une sensation de chaleur qu'il l'éprouver il vit dans une espèce de vide hallucinatoire dans un système clos.

A ce stade, le nourrisson investit deux types d'expériences : les bonnes et la mauvaises (agréables ou douloureuses) par une énergie primaire indifférencier.

---

C'est le maternage qui favorisera graduellement le déplacement de l'énergie depuis l'intérieur du corps.

- **Phase symbiotique normale**

La rupture de la colique autistique à partir de deuxièmes mois et inaugure la phase symbiotique qui se termine vers les neuvièmes et douzièmes mois tous se passe comme si l'enfant et sa mère constituent une unité duelle toute puissante à l'intérieure d'une frontière unique commune. L'enfant est en état dépendance absolu, la mère en état de dépendance relative .la fusion du bébé avec sa mère est-elle qu'aucune différence entre le JE et le nom.

L'enfant se fait une représentation hallucinatoire délirante de sa mère qu'il conçoit unit à lui et séparer avec lui du monde extérieur il projette au-delà de cette frontière toutes les perceptions désagréables quelles soit d'origine interne ou externes, il intègre des stimuli extérieurs au milieu symbiotique par le biais de son comportement de soutiens. (M. Mahler, 2015. p81-83).

- **La phase séparation individuation**

Le bébé devient petit à petit capable d'anticiper la satisfaction à partir des frustrations, ils seront compte de plus en plus que son hallucination n'est pas l'objet .il commence à percevoir l'origine externe des sources de gratification, ainsi s'ébauche la différenciations entre dehors et dedans, entre le moi et non moi.

**-La différenciation** 5à10mois au processus d'explosion : certains comportement marquent le début de la différenciation comme par ex, le faite que l'enfant s'éloigne du corps la mère pour l'observer, lui tirer les cheveux.

**-Les essaie** 10 a15 mois l'enfant gagnent en autonomie grâce au développement cognitive (capacité d'établir des relations entre les objets et les personnes). (Apprentissage de la marche) ceci lui permet de prendre des distances vis-à-vis

### **-Le rapprochement**

15 à 24 mois l'enfant de plus ne plus nettement conscient d'être séparé. Cette conscience s'accompagne d'une forte demande d'amour il est partagé entre deux contraires ; symbiose autonomie.

### **-La consolidation de l'individualité**

24 à 36 mois le développement important les fonctions cognitives telle que le langage, les capacités fantasmatisques, et la construction d'une réalité plus stable .cela permet d'assurer la permanence de l'objet .l'enfant dispose une véritable image mentale de la mère qu'il lui permet d'être reconforter en sans absence (M. Mahler ,2015.p84-88).

Parmi d'autres auteurs comme Winnicott sa perception dans le développement affectif de l'enfant aux soins maternels qui permettent de prévenir les distorsions précoce, le moi de la mère supplée le moi de l'enfant qui n'est pas encore constitué, on lui offrant un environnement favorable. Au tout début des soins maternels suffisamment bon sont une nécessité absolu .il est essentiel qu'ils éveillent chez l'enfant le plaisir de vivre. Qu'ils suscitent le plaisir des sensations et de l'autoérotisme, car la tendance inné au plaisir et variable d'un nourrisson a l'autres, et sans la mère, la tendance au plaisir ne peut pas prendre le dessus sur les autres tendances.

**Winnicott**, parle des soins maternels qui est présuppose une notion capitale :

L'identification de la mère au nourrisson, il s'agit de l'identification projective. Winnicott estime que cette capacité d'empathie s'élabore petit à petit au cours de la grossesse, la mère évoluant peu à peu vers un état spécifique qu'il dénomme préoccupation maternelle primaire. Il définit cet état en terme « maladie normale » permettant à la mère d'atteindre progressivement un degré de sensibilité accrue qui dure pendant les premières semaines qui suivent la naissance. Comme il a fait le point sur la fonction de miroir dont il explique ainsi :

La mère joue un rôle du miroir pour l'enfant il s'agit de la fonction de support que le moi de la mère assure au près du moi de l'enfant. Il désigne la relation entre la mère et le bébé par le terme « relation en moi » qui veut dire quand le bébé au sein regarde le visage de la mère, il se voit en quelque sorte « en reflet » dans le visage maternel cela correspond au stade de l'identification primaire. Cette expérience que l'enfant est en train de vivre se répètera et prendra de plus en plus de sens ainsi après quelque temps, en regardant le visage de la mère, il pourra y voir son propre visage à lui, soit son visage à elle cela correspond au début de processus de séparation du non moi et du moi processus qui s'établit selon un rythme variable en fonction de l'environnement et en fonction de l'enfant, et qui en peut situer le début des processus de différenciation et de perception ou alentours de 3 ou du 4 mois.

En conséquence la propre capacité créative de l'enfant s'atrophie, il n'a aucun reflet de lui-même, le début d'un échange avec le monde extérieur n'est pas possible.

**Winnicott** c'est plus particulièrement penché sur le « holding » qui joue essentiellement une fonction de protection contre les expériences souvent angoissantes qui sont ressenties dès la naissance, comprend également toute la

---

routine des soins quotidiens. Il détermine les processus de maturation, s'est-il assuré de la manière suffisante et régulière, le sentiment continu d'exister de l'enfant est préservé et la maturation du nourrisson est alors possible et cette maturation se fait en trois schèmes principaux :

**-Processus d'intégration** : qui conduit l'enfant à un état d'unité.

**-processus de la personnalisation** : c'est-à-dire l'installation de la psyché dans le soma et le développement du fonctionnement mental et le troisième.

**-Processus d'édification des premières relations objectales** : qui aboutit à la capacité d'utiliser l'objet.

Les interactions corporelles concernant la façon dont le bébé est tenu, porté, manipulé et touché (Winnicott, 1975) parle de holding physique et de holding psychique, c'est-à-dire concernant la manière dont la mère porte son bébé dans sa tête au niveau de ses représentations psychiques. Il décrit aussi le Handling, la manière dont l'enfant est traité, manipulé par la mère. Un ensemble de jeux corporels s'organise entre les partenaires. Ou Ajuriaguerra 1970 parle de dialogue tonique permettant des ajustements corporels interactifs entre l'enfant et sa mère, il y a ainsi une véritable entente entre les postures des partenaires et donc entre le tonus musculaire de chacun d'eux. (S. Viaux Savelon, 2012. p16-17).

**Winnicott** présente trois phases d'évolutions mère enfant ; au cours de l'évolution des processus de maturations la relation entre la mère et l'enfant va se modifier sont :

- **La phase de dépendance**

Absolu aux soins maternels. Elle correspond au 5 mois premier mois, à ce stade l'enfant est en fusion avec sa mère et plus exactement les besoins de son enfant.

- **La phase de dépendance relative**

Elle s'étend entre 6ème mois et la fin de la première année .c'est au cours de cette période que l'enfant se différencie progressivement de sa mère, il ne s'attend plus à une compréhension et à une satisfaction magique de ces besoins par la mère, il devient capable d'établir une relation objectale et de ce fait c'est à lui de donner un signal pour appeler sa mère.

- **la troisième phase l'indépendance**

C'est au début de la 2ème année que l'enfant évolue petit à petit Il affronte progressivement le monde et s'identifie à la société, pareillement se développe la socialisation et l'acquisition du sens social (Winnicott .2015, p67-70).

Après la Seconde guerre mondiale, les psychologues vont s'intéresser de très près aux questions de la perte et de la séparation chez le jeune enfant et celle de leurs effets sur son développement, On s'intéresse aussi aux effets de l'institutionnalisation (hospitalisme).

## **1.1.2. La théorie de l'attachement selon Bowlby**

### **1.1.2.1. L'origine du concept de l'attachement**

A la demande de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), J. Bowlby réalisa des observations sur la santé mentale des enfants sans foyer au lendemain de la seconde guerre mondiale. Il en conclut l'importance capitale d'un besoin

---

d'une relation chaleureuse, intime et continue entre l'enfant et sa figure maternelle. Ses études mettent en évidence plusieurs conséquences psychologiques chez l'enfant victime de carences de soins maternels tels qu'une absence de concentration intellectuelle, une inaccessibilité à l'autre ou encore une absence de réactivité émotionnelle. Bowlby insiste bien sur le fait que l'attachement est un besoin primaire qui, dans une perspective darwiniste, est essentiel à la survie de l'espèce (R. Dugravier, A. Sophie, 2015, p14-15).

- **Le concept de système motivationnel**

Est un système comportemental ou motivationnelle est un système de contrôle motivationnel programmé biologiquement qui gouverne les règles et les comportement associé avec un bute proximale spécifique ; il implique la notion de motivation inhérente ; il suppose des comportements coordonnés pour accomplir des objectifs spécifique et des fonctions adaptative ; il est activé et désactiver par des signaux interne et environnementaux et est corrigé quant au bute ; il est activité et désactiver au niveaux biologique par un système de rétrocontrôle (feedback) qui surveillent les indices interne et externes. Les systèmes motivationnelle sont en lien et interagissent entre eux. Leur développement est progressif en fonction du temps et du l'interaction avec l'environnement, ils sont organiser et intégrer par des systèmes de représentation chez l'humain. (N. Guedeney et A.Guedeney.2009, p10).

- **Le système d'attachement**

Est décrit comme un système motivationnel ou comportemental car cette structure complexe se définit par un certain nombre de composantes : un objectif à atteindre et les moyens d'atteindre cet objectif, qui sont représentés par des comportements. Ceux-ci sont de plus en plus sophistiqués et mentalisés au fur et à mesure du développement, et leur fonctionnalité est organisée par un système

---

de représentations. Le système d'attachement a donc comme objectif de maintenir la proximité du bébé, en fonction de ses besoins, avec la figure d'attachement.

En revanche, lorsque les conditions sont perçues comme normale, l'enfant est libre de poursuivre d'autres buts et d'autres activités, même si le système continue de contrôler l'environnement comme possible source de stress. Le système d'attachement est un système permanent actif toute au long de la vie, plus au moins stable au sein d'un environnement plus au moins de développement. (N. Guedeney, 2007, p7-8).

- **Système exploratoire**

Le deuxième système motivationnel, étroitement lié au système d'attachement proprement dit, est le système exploratoire. Ce système a été étudié par Bowlby 1969. Il est lié à la maîtrise et à la curiosité qui permet au petit d'acquérir les compétences nécessaires pour améliorer ces chances de survie, compter sur soi d'une manière autonome elle l'aide l'enfant à apprendre et à comprendre son environnement. Le bébé est fortement attiré par la nouveauté ou par les traits complexe l'environnement, que celui-ci soit animé ou inanimé. Ce système permet d'extraire l'information de l'environnement.il se développe surtout à partir de 7 mois, si l'enfant va trop loin, soit la mère, soit lui-même, concourent à rétablir la distance compatible avec un sentiment de sécurité. L'enfant acquiert un système d'exploratoire plus élaboré, acquiert la permanence de l'objet et la compréhension, sa capacité d'imitation ainsi que le registre conversationnel et la locomotion dont laquelle l'enfant peut s'éloigner pour explorer et étendre son horizon.

- **Système peur-angoisse**

Correspond à la capacité à identifier et à s'adapter à tous indices signalant la présence de choses effrayante. Il s'agit donc de la perception et de la réaction de l'enfant a une situation de danger. Avoir peur de certains stimuli constitue un avantage pour la survie, Bowlby 1976 décrit les indices naturels de danger qui, par leur présence signalent un risque accru de danger, comme le noire, obscurité, les bruits forts ou la solitude, absence de la figure d'attachement , inconnu ou non familier . Ce système est lui aussi à service de la protection de l'enfant et en lien étroite avec celui de l'attachement.

- **Le système de soins parentaux pour les jeunes enfants, le caregiving**

**George et Solomon**, ont étudié le système motivationnel du caregiving qui est un ensemble organisé de comportements guidé par une représentation de la relation actuelle parent-enfant. Le système caregiving parentale est le système réciproque ou complémentaire du système d'attachement de l'enfant. Son objectif est que le parent puisse maintenir ou rétablir une proximité physique et psychologique avec le bébé celui-ci étant situation de détresse ou d'alarme, à fin de répondre à ces besoins et de lui fournir sa protection. (N. Guedeney et A. Guedeney.2009, p11-12).

### **1.1.2.2. Les fonctions de comportements d'attachement**

Le comportement d'attachement, résultant à la fois d'un besoin inné et d'acquisition, et bien plus important chez l'homme que chez l'animale et à une doubles fonction.

**-Une fonction de protection**

Sécurité apporté par l'adulte capable de défendre l'enfant vulnérable contre agression, aussi important que les comportements alimentaires avec sa fonction de nutrition et que le comportement sexuel avec sa fonction de de reproduction.

**-Une fonction de socialisation**

L'attachement se déplace au cour des cycles de la vie de la mère aux proches, puis aux étrangers, enfin à des groupes de plus en plus large et devient un facteur aussi important dans la structuration de la personnalité de l'enfant que la nourriture dans la vie physique. (F. hallet et M. beaufort, 2003, p9).

**1.1.3. Développement des relations d'attachement**

**Bowlby**, a postulé que le système de développement de l'attachement se construit en quatre phases :

- **Phase I**

Orientation et signaux avec une discrimination limitée des figures (8 à 12 semaines) : le bébé, n'étant pas capable de différencier les personnes (sinon au niveau olfactif et auditif), a tendance à s'orienter de préférence vers les humains en général. Cette tendance, qui promeut et augmente la proximité et le maintien du contact avec ceux-ci, se remarque au travers de comportements instinctifs. L'intensité de ces manifestations comportementales atteint son maximum de sociabilité à douze semaines, puisque c'est le moment où les enfants arrivent déjà à reconnaître la figure humaine et montrent un sourire social intentionnel (Ainsworth, et Al, 1978).

- **Phase II**

Orientation et signaux dirigés vers une (ou plusieurs) figure(s) différenciée(s) (12 à 24 semaines) : on assiste à l'apparition d'une réponse différenciée du bébé centrée sur la(les) figure(s) avec lesquelles il commence à établir une relation particulière. Cette phase n'a pas un début très clair, parce que la différenciation des comportements est progressive et en fonction de certaines figures, et peut se terminer au-delà de six mois selon les circonstances.

- **Phase III**

Maintien de la proximité avec une figure différenciée par locomotion et d'autres signaux (6 à 36 mois). Cette période est caractérisée par des avancées significatives, au niveau du développement moteur, cognitif et socio-émotionnel, dans l'organisation des systèmes comportementaux. Les nouvelles compétences, principalement la locomotion, permettent au bébé une exploration plus intense de son entourage. Une plus grande activation du système d'exploration, à cause de l'augmentation du risque qu'elle comporte pour la sécurité du bébé, rend impérative la structuration du système d'attachement, qui vise à protéger l'enfant.

- **Phase IV**

Formation d'un partenariat réciproque corrigé quant au but (après 36 mois). Graduellement, on assiste à l'abandon d'une position égocentrée de la part de l'enfant, qui aboutit au moment où il commence à être capable de prendre en compte le point de vue de la figure d'attachement. En conséquence, il peut commencer à penser que ses sentiments et ses motivations, ses buts et ses plans peuvent influencer le comportement de sa figure d'attachement. Dans ce sens,

on parle d'un système corrigé quant au but. L'enfant, recourant à une sorte de carte mentale encore élémentaire, commence à concevoir la figure d'attachement comme une personne indépendante, permanente dans le temps et l'espace, se mouvant dans un continuum spatial et temporel de façon plus ou moins prévisible. La qualité de ces expériences interactionnelles (particulièrement au niveau du langage), ainsi que les compétences acquises vers la décentration du point de vue de l'enfant, sont en relation avec le succès ou l'échec à soutenir la proximité et la communication avec les figures d'attachement. (S. Tereno, I. Sorares, 2007, p7-9).

#### 1.1.4. Les types d'attachement

**Ainsworth** dans « situation étrangère » à proposer trois types d'attachements. Il s'agit d'une méthode d'étude utilisée lorsque les enfants sont âgés de 12 ans et 18 mois. L'enfant est avec un parent et l'examineur dans une salle fermée contenant des jouets. Au cours de l'examen, qui dure une vingtaine de minutes, on demande aux parents de sortir à deux reprises de la salle pour trois minutes et revenir. On observe le comportement de l'enfant pendant que le parent est présent. Puis lors des séparations et des réunions. M. Main, élève de M. Ainsworth, a quelques années plus tard ajouté une quatrième catégorie qui est celle de l'attachement désorganisé ou désorienté.

- **L'attachement Secure**

L'attachement Secure est celui favorisé par une figure d'attachement réceptive, sensible aux besoins de son enfant et utilisée par celui-ci comme base de sécurité pour explorer son environnement. Les enfants sécures recherchent le réconfort de leur figure d'attachement au moment de la séparation, protestent voire manifestent de la détresse, mais se calment facilement dès son retour,

---

manifestent un certain plaisir et sont capables de reprendre des activités exploratoires une fois rassurés. Il y a donc un certain équilibre entre la recherche de réconfort et l'exploration. Avant un an, l'enfant sécure est celui qui demande beaucoup de proximité physique. Il sera ensuite le plus autonome car il aura acquis une sécurité interne.

- **L'attachement insécure évitant**

Au moment de la séparation, l'enfant insécure évitant ne se tourne pas vers sa figure d'attachement et tente de masquer sa détresse émotionnelle par un détachement face à la situation et un accrochage à l'environnement physique. Au retour de la figure d'attachement, il feint un comportement d'indifférence ou évite le contact avec elle en restant concentré davantage sur ses jouets. Les comportements insécure évitant ont été observés chez des jeunes enfants pleurnichards, qui avaient tendance à paniquer lors de la séparation d'avec leur figure d'attachement et qui, à son retour la rejetaient avec rage sans témoigner d'aucun signe de soulagement.

- **L'attachement insécure ambivalent**

L'enfant insécure ambivalent proteste au moment de la séparation et ne peut être rassuré, ce qui rend difficile la possibilité d'explorer son environnement. Il n'est pas davantage apaisé au retour de sa figure d'attachement et adopte une attitude ambivalente vacillant entre recherche de contact et de résistance. Cette incapacité à se remettre de leur angoisse de séparation et à utiliser leur figure d'attachement comme base sécurisante témoigne d'une hyper activation du système d'attachement et donc d'une capacité exploratoire limitée ainsi qu'une difficulté à accéder à l'autonomie. Le jeune enfant rencontre dans ses relations précoces une figure d'attachement ambivalente où les réactions de celle-ci sont

---

imprévisibles et incohérentes c'est-à-dire qu'elle peut se montrer autant ignorante que réceptive aux besoins de son enfant.

- **L'attachement désorganisé**

A été développé par M. Main et J. Salomon (1986) chez les enfants qui ne réagissent pas de manière caractéristique ou prévisible à la situation étrange. Dans ce style d'attachement, le jeune enfant présente des attitudes contradictoires, inconsistantes et souvent déroutantes. Ils pourront, par exemple, s'agripper à la figure d'attachement tout en détournant le regard ou pleurer à son départ sans vouloir s'en rapprocher. Ces comportements semblent incompréhensibles et témoignent d'un défaut de construction de stratégie d'attachement cohérente. Selon Cassidy et Shaver (1999), ce type d'attachement se retrouve fréquemment chez des sujets ayant été victime de maltraitance ou de violence de la part des figures d'attachement. (R. Dugravier, A. Stophie Barbey-Mintz, 2015, p19-20).

## **1.2. Développement affectif pathologique**

L'enfant qui n'a pu bénéficier dans les premières années de la vie d'une présence maternelle apte favoriser l'apparition de lien d'attachement en raison de rupture répétées ou encore de l'incapacité de la figure maternelle à être sensible à ces besoins risque de se détourner peu à peu de la relation pour devenir complètement détacher.

### **1.2.1. La séparation de l'enfant de sa mère pendant les premières années de la vie**

Avant 6 mois, la séparation brève n'entraîne aucune réaction visible. Mais cela ne veut pas dire que le bébé ne vit pas de détresse émotionnelle. Après 4 ans non plus on n'observe pas de réactions vives à la séparation. Il y a une

réponse immédiate entre 3 mois et 1 an cette réaction peut se décomposer en 3 phases :

- **Protestation**

Au bout de quelques heures, agitations, crises, pleurs de colère.

- **Désespoir**

Apathie, plus de relations avec l'extérieur, ne pleure plus, immobilité, sans réactions, ne s'alimente plus, cette étape va jusqu'à la dépression et même la mort.

- **Détachement**

C'est la dureté de séparation et trop importante, l'enfant se conduit avec la mère comme avec l'étrangère et peut s'attacher à un étranger. Si au moment où l'enfant semble être détaché de sa mère elle revient on note en suite elle surcroît des comportements détachements, qu'il anticipe aux initiatives de séparation de sa mère retrouvées. (F. Hallet, M. Beaufort, 2003, p19).

Le tableau suivant récapitule les trois précédentes phases.

Comportements	Signification
Protestation : l'enfant pleure, se jette par terre et est à l'écoute les indices annonciateurs du retour de la mère.	L'enfant cherche à trouver sa figure maternelle.
Désespoirs: l'enfant pleure de la manière monotone et intermittente, il se renferme sur lui-même est passif.	L'enfant vit un deuil

Détachement : l'enfant ne réagit plus à l'environnement et se centre sur lui et démontre une stabilité superficielle	Perte du sens du maternage et du contact humain
--	---

**Tableau n°1** : Récapitulation des trois phases

### 1.2.2. Les symptômes de troubles affectifs (attachement) par Walter D.Buening

Les signes de troubles d'attachement sont bien sûr d'intensité variables suivant les enfants, leur passé et leur relation actuel avec ceux qui l'entourent :

- **Sur le plan contacte**

-Faible réponse verbale, ne sourit pas en retour, l'air triste ou regarde vide.

-Pleur tout le temps, air misérable, difficile en permanence.

-Résiste au réconfort et aux soins.

-Faible contacte oculaire et ou évite le contacte oculaire.

-Trop calme (pas de réactions aux stimulations diverses).

-Pleur rarement (bébé trop facile).

-Pleur de façon coléreux ou orageux.

-Excessivement exigeant.

-A l'air triste ou le regarde vide.

-Ne rends pas les câlins et les bisous.

-Habituellement sans réaction par rapport à ses parents.

- Pleur ou en rage.
- Joue d'une façon très indépendante, et ne demande rien.
- Faible réponse verbales et ne sourit pas au retour.
- Peu de contacte d'imitations.
- monte et descend fréquemment des genoux des parents.

- **Sur le plan tonus**

- Préfère rester dans son berceau que d'être tenu.
- Résiste ou n'aimes être tenu.
- Veut tenir seul son biberons très top.
- Se raidit ou devient rigide quand on le prend.
- Préfère être tenu dos à la mère.
- Ne tient pas quand il est tenu dans les bras (pas de réciprocité).
- Quand il est tenu tors contre torse il regarde au loin

### **1.2.3. Les grandes catégories de troubles affectifs**

#### **1.2.3.1. Troubles de comportement (violence-agressivité)**

- **Accès de colère**

L'enfant qui souffre de trouble de l'attachement présente des accès souvent de colère fréquent et persistant, semble parfois dépasser ces possibilité de contrôle, en particulier quand il est frustré, quand on lui refuse quelques choses ou quand il ne peut pas satisfaire ces impulsions pour diverse raison.

---

Cette colère est plus réservée à la famille ou à la maman et disparaît parfois instantanément quand un étranger pénètre dans la pièce.

➤ **Destruction**

L'enfant ne peut pas souvent jouer seul sans l'adulte, il a besoin de direction ou de supervision constante ou il demande les interactions constantes, et pourtant il est extrêmement indépendant dans ces jeux, il ne demande rien, il veut tout contrôler quand il joue, il n'accepte pas les ordres ou les suggestions des autres joueurs, il ne s'attache à aucun jouet, il ne montre aucun sentiment de tristesse ou de regret quand un jouet est abîmé ou perdu par sa négligence.

➤ **Automutilation**

L'enfant a souvent des comportements autodestructeurs, il a facilement des accidents, il présente souvent de l'énurésie et/ou de l'encoprésie (il refuse d'utiliser les toilettes, fait pipi ou caca dans sa culotte), il peut se faire mal volontairement, il a des conduites et attitudes sexuelles inappropriées, il utilise parfois ses excréments comme des armes contre ses parents, en faisant volontairement pipi n'importe où, etc...

➤ **Cruauté envers les animaux, les jeunes enfants**

La cruauté envers les animaux est un symptôme très sérieux, et un de ceux que les parents minimisent souvent, parce que personne ne veut penser que son enfant va tuer. Les adultes pensent que c'est par hasard que l'enfant a blessé l'animal. Pourtant il y a bien une attention derrière ses gestes. L'enfant tente de réduire son sentiment d'impuissance face à ce qui lui est arrivé en dominant les animaux. Ceci peut aller de taquineries incessantes et de tourments tels que tirer la queue, arracher les poils jusqu'à tuer etc..., ce type de comportement peut aussi s'observer avec des enfants plus jeunes qui seront

effrayées ou blessés par l'enfant souffrant de trouble de l'attachement sont que celui-ci puisse connaître son acte, il n'est pas capable d'empathie, de se mettre à la place des autres et d'imaginer les sentiments qu'ils peuvent ressentir, car il n'a pas atteint le niveau de développement émotionnelle qui le lui permettrait.

### ➤ **Agressivité envers les adultes**

Il est fréquemment agressive envers les adultes, en particulier envers ses parents, il évite la confrontation directe, mais dans certains cas même de jeune enfant peuvent se montrer très agressifs ; il lance des objets vers le parent et ensuite par des coups.

### **1.2.3.2. Trouble de l'alimentation**

L'enfant cache et amasse de la nourriture, il mange constamment, il ne sait pas quand s'arrêter de manger, il est boulimique et prend du poids de façon excessive, ou bien il refuse de manger et utilise son appétit pour contrôler ses parents par exemple il demande un aliment, et quand on lui donne quand on le lui donne, il dit qu'il n'a pas cet aliment, qu'il n'a pas faim. Il mange très lentement un jour, dévore le lendemain, il mange des choses anormales comme papier, Cailloux, terre.

### **1.2.3.3. Troubles émotionnels**

L'enfant qui souffre de trouble de l'attachement n'a pas pu dans sa petite enfance créer une relation émotionnellement riche et partager les sentiments qu'il ressentait. L'enfant est intolérant à la séparation d'avec les personnes qui s'occupe de lui, sauf s'il on établit les conditions. Il montre de l'affection sans discrimination, parfois envers les étrangers, il n'est pas affectueux comme le souhaiterait ses parents, il n'est pas câlin, il refuse l'affection et repousse ses parents à moins qu'il ne puisse contrôler lui-même quand et comment, il souvent

---

méfiant et ne fait pas de confiance. Il a du mal de dire bonjour, au revoir et surtout merci, il ne sait pas ou ne veut pas s'excuser, il ne sait pas demander ce dont 'il envie, il n'est pas capable de ressentir l'empathie pour les autres ainsi le contacte visuelle est établi dès la naissance quand la maman nourrit son enfant pour la première fois par contre l'enfant qui souffre de trouble de l'attachement regarde rarement son interlocuteur, il perd le contacte visuelle en trois occasions : quand il ment , quand il veut quelque chose et quand il veut utiliser la colère ou l'intimidation. Comme il ressent le sentiment d'insécurité, une des manifestations de l'angoisse généralisée, se traduit par le manque de confiance en soi, les peurs intenses (peur du "noir" à associer aux peurs nocturnes, peur de la mort, peur que "quelque chose" va arriver), les phobies (peurs exacerbées avec conduite d'évitement).

#### **1.2.3.4. Compulsion au vol et au mensonge**

Le vol et le mensonge vont de pair, l'enfant va souvent voler ce qui lui fait envie sans se préoccuper aucunement d'être vu ou d'être prit, pour satisfaire un besoin momentané moment. Il peut oublier ou perdre ce qu'il voler. Et si on lui pose la question, il nie systématiquement avoir pris quelque chose. L'enfant ment souvent pour couvrir des vols ou d'autres actes ou pour maintenir à distance ses parents. Quand il ment, il regarde l'adulte dans les yeux, et seront compte une fois de plus de son pouvoir si on le croit.il peut mentir sur des sujets sans danger, parce qu'il pense ainsi se protéger, il peut aussi fabuler et raconter d'une façon extrêmement convainquant des histoires qu'ils lui seraient arrivé.

#### **1.2.3.5. Difficulté scolaire**

L'enfant a souvent un retard scolaire et des lacunes dans ses connaissances. Cela s'explique par plusieurs réserve, il est souvent agité il trouve difficile de concentrer sur n'importe quel tache pendant un certain temps.il semble être à

---

des stades différents de son développement, avec un enfant de 7ans, l'enseignant est perturbé parce que parfois il se comporte comme une enfant de 2 ans et parfois comme ado de 14ans. L'enfant est souvent en bataille constante avec son professeur parce qu'il lutte pour faire les choses à sa façon. Comme il ne reconnaît pas l'autorité à la maison et même à l'école. (F. Hallet, M. Beaufort, 2003, p54-55).

**R. Spitz et J. Bowlby**, que se sont développées les premières unités mère bébé (Brockington, 1996). Lorsque la psychopathologie maternelle (quelle qu'elle soit) risque de faire obstacle à l'instauration des liens habituels d'attachement, l'hospitalisation mère-bébé vise à matérialiser un entre-deux, une juste distance pour que chacun puisse se développer sans se détruire. Il ne s'agit pas de garder à tout prix l'enfant auprès de sa mère, Un certain nombre d'hospitalisations mère-bébé conduisent, en effet, à un placement de l'enfant. Mais plutôt de « faire exister le bébé » dans le psychisme de la mère, et que mère et enfant se reconnaissent comme tels. Il peut donc s'agir autant d'aider à ce que mère et bébé trouvent ou retrouvent des relations harmonieuses, Que de soutenir la préparation d'un placement, dans des conditions qui ne soient pas celles d'un arrachement.

Les situations de grand désordre psychique maternel suscitent toujours chez les soignants des réactions émotionnelles intenses, souvent à la mesure de l'intensité de la détresse du bébé ou de la violence des projections maternelles. Les clivages sont fréquents entre ceux qui redoutent l'effondrement de la mère en cas de séparation, et ceux qui s'alarment pour la santé physique et psychique du bébé s'il reste en contact avec elle. Pour qu'un travail de pensée, de représentation, de symbolisation soit possible, il est important de se mettre à l'abri des turbulences émotionnelles. (S. Nezelof, L. Mathioly, 2007.p82-83).

**Spitz**, insiste sur les carences qualitatives contraindraient les attitudes maternelles et affirme les équivalences suivantes :

La solitude primaire excessive entraîne la colique les trois premiers mois. L'hostilité déguisée en anxiété entraîne l'eczéma infantile (après six mois). Les oscillations entre la cajolerie et l'hostilité provoquent le balancement. L'humeur cyclique les jeux fécaux. L'hostilité compensée entraîne l'hyperthymie agressive qui sort du cadre psychosomatique (car plus tardive et plus proche de la psychopathie. (J. Bergeret, 2008.p301).

**Spitz**, l'a décrite dans une population de nourrissons âgés de plus de 6 mois, qui avaient été privés récemment de leurs mères, après au moins 6 mois de bonnes relations avec elles et qui n'ont pas trouvé auprès de substituts maternels une relation satisfaisante.

Ces nourrissons présentent d'abord pendant quelques semaines un état d'apathie, avec refus de contact ou indifférence à l'entourage. Des conduites anorexiques avec perte de poids et insomnie viennent aggraver le tableau.

Un peu plus tard on assiste à un arrêt du développement et à une régression des acquisitions motrices et intellectuelles, ainsi qu'à une grande sensibilité aux infections. Si l'enfant retrouve sa mère ou un substitut de bonne qualité, la dépression disparaît. Sinon le tableau évolue vers un état de marasme de plus en plus inquiétant, tant sur le plan physique que psychique, qui correspond au tableau d'hospitalisme. (JP. Raynaud, 2008, p1-5).

**L.Kreisler**, isole deux lignées de trouble précoce : une lignée carencielle et une lignée surcharge, souvent intriquées. La première serait la conséquence du comportement vide et des inorganisations structurelle. Elle ne comporterait que des troubles structuraux grave comme l'insomnie précoce et irréductible,

---

l'anorexie primaire, le mérycisme. En revanche, les pathologies de surcharge (ou de sur stimulation) apparaissent réactionnelles dans un premier temps, comme la colique du troisième mois, l'insomnie ou l'anorexie commune et le spasme de sanglot. Au lieu d'être atone ou agité de façon incoercible, le nourrisson s'installe dans une lutte et un conflit curable. (Bergerie, 2008.p301).

**J.Bowlby** 1952, Après une séparation, même temporaire, avec la mère et son milieu familial habituel, le nourrisson à partir du 2ème semestre va manifester différentes réactions, qui se déroulent en 3 phases :

D'abord une phase de détresse avec protestation, active et bruyante, agitation, cris, pleurs, refus de se laisser approcher : cette phase correspond à l'expression de l'angoisse de séparation chez l'enfant.

En Suit une phase de désespoir avec grand désarroi et retrait de l'enfant : l'état dépressif s'installe (phase de repli).

Enfin, une phase de détachement au cours de laquelle l'enfant accepte les soins de n'importe quel substitut maternel (atonie thymique). Si la séparation est temporaire, au retour de la mère tout rentre dans l'ordre mais l'enfant peut garder une grande sensibilité aux séparations et aux menaces de séparation. (Jean l'abbé, 1959.P.99).

### ❖ D'autres troubles liés à l'attachement

Plusieurs facteurs qui influencent le pronostic dont la sévérité et la durée des comportements envers l'enfant, son âge ainsi que la présence ou l'absence de facteur de résilience. Les manifestations les plus sévères du trouble de l'attachement se retrouvent chez les enfants victimes d'abus ou de négligence sévère, les enfants placés dans deux multiples foyers nourriciers, ainsi que les enfants abandonnés qui sont placés en institutions ou qui vivent dans la rue.

D'autres part on trouve les éléments liés à l'attachement sont :

- Pas de recherche de contacte visuelle
  - Pas de recherche de confort au près d'un adulte en cas de détresse
  - Mal à l'aise avec les contacts physiques avec le parent
  - Absence de plaisir lors des interactions avec les parents
  - Absence de réactions à la séparation du parent
  - Demande constante d'attention
  - Apparence de grande sociabilité sont discrimination
  - Absence d'empathie pour les autres
  - Difficulté à se faire des amis
  - Réponses aux limites par le rejet ou le l'agressivité
  - Réponses aux approches d'un adulte par un comportement entraînant le rejet.
- (C. Goyette et coll, 2010.p144-156).

**Brazelton, Stern** découvrent que le nourrisson n'est pas uniquement modelable par les parents, mais qu'il possède des capacités sensorielles et relationnelles dès la naissance. Les relations parents / enfant sont interactives : le bébé fabrique aussi ses parents dans leurs rôles paternel et maternel.

Le développement cognitif et affectif du nourrisson se fait grâce à 2 sources d'énergie : interne (la maturation) et externe (l'environnement).

Stern décrit des périodes d'inactivité alerte pendant lesquelles il y a des échanges de jeu libres avec la mère, régulés par le bébé lui-même. Un système de communication au sein de la dyade est l'accordage affectif.

---

#### 1.2.4. Les facteurs de dysfonctionnements

**Mélanie Klein** : deux positions chez le bébé

Schizoparanoïde et dépressive. Pendant la position schizoparanoïde, des mécanismes de défense permettent au bébé de cliver les objets en « bons objets » alors introjectés, et « mauvais objets » alors projetés. En grandissants, les objets deviennent totaux, et donc ambivalents. Ils peuvent faire souffrir et déprimés. Bowlby : Il observe 3 phases après la séparation de la mère et de l'enfant (de 3 à 5 ans) : protestation, désespoir et détachement.

**Spitz**, Il décrit les carences affectives du nourrisson après séparation quantitative ou qualitative de la mère et de l'enfant (entre 6 et 8 mois) :

-la dépression anaclitique :

-premier mois : enfant pleurnicheur, exigeant.

-deuxième mois : stabilisation du poids et du développement intellectuel.

-troisième mois : reste couché, perte de poids, retard moteur, expressions figées.

-quatrième mois : rigidité faciale et léthargie.

-l'hospitalisme : après 5 mois de séparation, retard intellectuel et moteur, stéréotypies, automutilations, insomnies, décès.

Les troubles du développement psychologique de l'enfant sont sévères, parfois indélébiles quand ils perdurent sous forme d'état jusqu'à l'âge adulte. (Andersen, Susan, 2004, p29).

**Conclusion**

la sphère de la compétence émotionnelle peuvent aider les enfants et les adolescents à bien s'adapter à des circonstances particulières, tout en favorisant les caractéristiques liées à des issues développementales positives, comme les sentiments d'auto efficacité, les comportements prosociaux et les relations de soutien avec la famille et les pairs. De plus, la compétence émotionnelle agit comme facteur de protection diminuant les conséquences d'un éventail de facteurs de risque, ainsi d'adopter des comportements axés sur des buts dans les rapports interpersonnels et d'envisager les comportements possibles tant d'un point de vue instrumental qu'affectif.

Un enfant normale passe par un développement affectif dans tous ces étapes et aspects normaux, parfois des perturbations en des facteurs peuvent engendrer des pathologies sur son parcours développementale qui devient à la suite déséquilibrés. Et cela causé par la désorganisation surtout de la relation mère enfant.

**2. Développement psychomoteur normale et pathologique****Préambule**

Psychomotricité, langage et intelligence se développent simultanément. Les acquisitions de l'enfant dans ces 3 secteurs sont étroitement liées au développement affectif. L'importance de l'affectivité sur le développement moteur a été bien mise en évidence dans les Carences affectives précoces les interactions sont donc étroites entre psychisme et motricité.

## 2.1. Rappel des grandes étapes du développement normal

### 2.1.1. Les réflexes archaïques

Ils sont les premières réponses aux stimuli extérieurs qui existent dès la naissance comme une valeur fonctionnelle et adaptative importante. Leur absence est un signe d'immaturation. Par contre l'évolution et leur disparition sont un signe d'une bonne maturation.

#### Les 04 réflexes archaïques sont

- **Réflexe de Moro ou « réflexe d'embrassement »**

-Les bras s'écartent symétriquement et se rejoignent.

-Déclenché par des stimulations proprioceptives.

-Persistance pathologique après 6-7 mois.

- **Réflexe de fuissement**

- Réflexe de recherche et d'orientation vers le sein.

- Il est suivi des réflexes de succion et de déglutition.

- **Réflexe de redressement et de marche automatique :**

- A une pression plantaire, l'enfant réagit en se redressant.

- A la naissance, on constate un réflexe de marche si on soutient l'enfant.

Debout sous les aisselles.

- Ce réflexe disparaît ensuite.

- **Grasping**

La stimulation de la paume de la main entraîne une flexion des doigts et un agrippement. L'enfant déploie une force très importante. Il est en effet

possible de le soulever lorsqu'il s'agrippe ainsi. Dès 3 - 4 mois ce réflexe est remplacé par la préhension volontaire. (M.Guidétti, 2002.p33).

Ce Tableau suivant présentera les principaux reflexes : (j.vauclair, 2004.p63).

Nom de réflexe	Description	Duré d'expression
Succion	Succion provoque par le contact avec la bouche ou les lèvres qui permettent la déglutition.	Naissance à 4-6 mois
Fouissement	Contacts avec la bouche ou la joue produit une orientation de la tête en direction de la stimulation.	Naissance à 5 mois
Préhension (grasping)	Préhension d'un objet suite à une stimulation de la face inter des doigts ou de la pomme de la main.	Naissance à 4 mois
Moro / reflexe d'embrassement	à la suite d'un bruit fort ou lorsqu'on imprime a l'enfant un mouvement brusque ou de descente les bras s'quartent du corps, le dos s'arque et la tête est rejetée en arrière, les membres supérieur reviennent en flexion et adduction est se rapprochent du corps.	Naissance à 4-6 mois
Babinski/reflexe cutané planter	La stimulation de la plante du pied le long de son bord externe, en allant du talon vers les orteils entraine	Naissance à 9-12 mois

	la flexion des gros orteils. L'enfant prend alors activement appui depuis sur ces pieds et se redresse en étendant jambe et cuisse.	
Reflexe natatoire	Un nourrisson placer dans l'eau retient sa respiration .il effectue des mouvements natatoire avec les bras et les jambes.	Naissance à 4-6 mois
Marche automatique	l'enfant est tenu verticalement .un contact des pieds avec une surface déclenche des mouvements de marche	Naissance à 3-4 mois
Reflexe tonique asymétrique	l'enfant est couché sur le dos, la tête tourner d'un côté .une extension des membres apparait du côté ou la tête est dirigée .l'autre bras est repli au niveau de coude et la main est proche de la tête .la posture rappelle celle d'un escrimeur	2 - 3 mois à 6 mois

**Tableau n°2 :** Principaux reflexes d'un enfant.

### 2.1.2. Les grandes étapes des habilités motrices

- **Le tonus**

De fond qui permet de résister à la force gravitaire et le tonus d'action qui permet les mouvements. Le tonus a deux fonctions : une fonction extéroceptive qui concerne le mouvement en tant qu'action sur les objets par exemple et une fonction proprioceptive qui va permettre le mode de l'âge du corps à travers la

posture, cette fonction est particulièrement importante dans le développement de très jeune enfant car elle intervient dans la production des mouvements expressifs (sourire, mimiques etc...). Le développement va se faire dans le sens d'une augmentation de la tonicité de l'axe du corps, c'est nécessaire pour que le bébé tienne d'abord sa tête droite puisse tenir assise et d'une diminution de la tonicité des membres, c'est important pour pouvoir marcher et prendre les objets.

- **La posture**

Suit les lois céphalo-caudale. En ce qui concerne le maintien de la tête droite, les dates d'acquisition sont différentes suivant la position dans laquelle on va l'évaluer. Si on tient l'enfant verticalement il va au cours du premier mois laisser tomber la tête vers l'avant. Et entre 1 et 2 mois il peut la redresser entre 5 et 10 seconde. A 3 mois, il arrive à la maintenir dans le plan du tronc couché sur le ventre, vers 1 mois l'enfant arrive à décoller le menton. Vers 2 mois il peut soulever la tête et les épaules en s'appuyant sur ses bras fléchis. Coucher sur le dos, l'enfant ne pourra décoller sa tête qu'à l'âge de 5 ou 6 mois. En amenant l'enfant en position assise, vers 2 mois la tête est dans le plan de dos. Vers 9 à 10 mois l'enfant couché sur le dos peut se mettre assise, il est capable de se tenir debout en s'accrochant avec ses deux mains, le tronc penché vers l'avant et les fesses en arrière. Vers 12 mois il peut tenir debout sans soutient avec le dos droit. Le tonus correspond à l'état de légère tension dans lequel se trouvent les muscles de tonus les êtres vivant au repos.

- **Motilité et locomotion**

Il existe en fait des modes de locomotion autonome antérieurs à la marche bipède observables de l'âge 6 mois. L'enfant peut glisser sur un paquet serré par exemple, puis il va se déplacer par reptation en se tractant sur les bras. Le

ventre traîne encore sur la sole à 7 mois. Vers 8 mois à 9 mois l'enfant devient capable de coordonner les bras et les jambes et de décoller l'abomine du sol, ce qui donne lieu à la marche à 4 pattes que l'enfant peut encore utiliser bien après avoir acquis la marche bipède car elle lui permet d'aller plus vite, la marche bipède est possible à 3 conditions : il faut d'abord que l'enfant est acquit la station debout. Il faut ensuite qu'il puisse l'enfant coordonner le mouvement de ces membre antérieure. Et enfin, qu'il acquit une certaine capacité d'équilibre. Vers 9 à 10 mois l'enfant peut faire quelques pas à condition d'être soutenu sous les aisselles. Il devient dès lors capable de se hisser de la position et faire quelques de manière autonome. L'évolution va porter ensuite sur le mode d'attaque et sur le mode d'appui, quand va faire ces premier pas, l'appui est d'abord digitigrade « sur les orteils » puis plantigrade « sur la plante du pied » ce ne sera vers 2 ans que l'enfant va prendre appui sur les talons comme l'adulte. (Michel Guidéttit, 2002, p.43-44).

- **Préhension**

Elle suit l'évolution de la motricité et la disparition du grasping :

Vers 4-5 mois : la disparition du reflexes de préhension une diversification et une complexification des phases d'approches et de saisie de l'objet sont observé : trois niveaux d'habilités se succèdes pour ceux qui est de l'approche de l'objet. Le premier niveau est une **approche par balayage** est se caractérise par l'intervention de l'épaule, le coude étant semi fléchi, la main est fixe le type de saisie est (prise cubito –palmaire).

Vers 6 -7 mois : la deuxièmes approche est **l'approche parabolique** qui consiste en une extension du coude suivit d'une flexion. Ce mouvement produit un déplacement de l'avant-bras et de la main d'avant en arrière, le contacte complet de la main est réalisé. Le type de saisie (prise digito-palmaire).

Vers 8-9 mois : apparaît **l'approche directe**. Elle est réalisée par une avancée de l'épaule, un allongement du bras et l'arrivée, encore mal à droite de la main sur l'objet. Plus tard le rôle du poignet s'affirme et l'arrivée sur l'objet se précise. Les prises sont limitées au pouce et à l'index, puis elles sont suivies de la prise en ciseaux. Le type de saisie (prise radio-digitale).

Vers 9-10 mois : les enfants sont capables d'intégrer leur comportement de saisie dans des séquences complexes comme celles impliquant l'utilisation d'une cuillère ou dans les activités manipulatoires qui nécessitent la combinaison de plusieurs objets entre eux, comme un empilement de cubes. Cet âge marque l'apparition des activités bi-manuelles complémentaires. L'enfant fait usage des deux mains dans ces manipulations afin de tenir l'objet dans une main, tandis que l'autre explore. (Jacques Vauclair, 2004.P68-69).

### 2.1.3. Les capacités sensorielles

- **L'audition**

cette capacité a été déjà bien développée bien avant à la naissance dès la sortie de l'utérus maternelle, le bébé est assailli de stimulations sonores dont il ne peut se couper. Conso dormant, quand il est réveillé, il peut tourner les yeux et la tête vers la source sonore et ces réponses dépendent de la fréquence de l'intensité et de la complexité et ces stimuli. On peut ainsi faire l'hypothèse d'un apprentissage prénatal des caractéristiques de la parole avant la naissance 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. Par ailleurs, la capacité des bébés de discrimination des phonèmes de la langue peut être mise en évidence très tôt, dès les 4-5 jours selon Mahler et coll., qui avec le procédé de la succion non nutritive (nombre de mouvements de succion d'une tétine) montrent par exemple que /ba/et/da/sont différenciés. Mais aussi /ba/et/bi/, etc.

- **La vision**

Le nouveau-né suit du regard une source lumineuse si elle est suffisamment brillante et si elle se déplace lentement. En considérant 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 qu'il le tient dans les bras. Le système visuel se développe en suite très rapidement à 4,5 mois la vision est déjà très performante.

- **L'olfaction**

Schaal a conduit des recherches sur la reconnaissance des odeurs maternelles par l'enfant ainsi que sur la reconnaissance de l'odeur de nouveau-né par sa mère. Cette recherche montre que dès l'âge de six jours, le nouveau-né reconnaît l'odeur maternelle : dès le troisième jour après la naissance, les mères quant à elles, reconnaissent l'odeur de leur bébé. Le nouveau-né est confronté à l'odeur maternelle, montrant par là qu'il est capable de la connaître et de la discriminer parmi d'autres dès les premiers jours de la vie.

- **Le goût**

À la naissance, tous les nouveaux-nés présentent le réflexe gustatif facial, il s'agit d'une mimique réflexe non volontaire différente en fonction des quatre saveurs de base (salé, sucré, amer, acide). Par la suite, l'enfant va apprendre relativement vite comment communiquer cette fois-ci son goût ou son dégoût puisque vers le milieu de la deuxième année, il accentue volontairement ses mimiques pour signifier à son entourage ces préférences et ces rejets.

- **Le toucher**

Il s'agit d'une modalité peut étudier. Le bébé est très sensible aux carasses, à la chaleur des stimuli, on observe des réactions négatives aux froids et il réagit fortement à la douleur, contrairement à ce compensé. (Diane E. Papalia et Ruth D.Feldman, 2014.p79-80).

D'autres acquisitions motrices l'évolution motrice se présente par une acquisition progressive d'une motricité de plus en plus fine. Après une phase d'instabilité psychomotrice normale (avant 3 ans), l'enfant va se stabiliser, le contrôle tonique devient meilleur tel que :

- **La Latéralisation**

Une dominante latérale s'établit progressivement, au niveau de la main mais aussi du pied et de l'œil, Certains enfants restent ambidextres. Les premières préférences manuelles s'exprime très tôt chez le nouveau-né, elles sont très largement e faveur dans la main droite. Ce pendant ce pattern n'est pas stable et les enfants manifestent une alternance de préférence êtres les mains, il faut attendre l'âge 3-4 ans pour qu'une préférence stable pour la main droite s'abolisse.

- **Le Schéma corporel**

L'enfant reconnaît progressivement les différentes parties de son corps et du corps de l'autre. Vers 3 ans, il peut commencer à figurer le corps et les étapes du « dessin du bonhomme » sont un bon marqueur de son niveau de développement. Parallèlement, l'enfant investit son propre corps. La qualité de cet investissement est liée à celui que la mère aura pour son enfant.

- **L'Organisation spatio-temporelle**

La notion d'espace s'élabore progressivement par l'intermédiaire du corps et en relation avec les Expériences kinesthésiques et visuelles. Simultanément, se constitue la notion de temporalité et de rythme (vers 5-6 ans). (JP Raynaud, 2008.P1-5).

## **2.2. La pathologie psychomotrice**

Les troubles psychomoteurs, tels qu'ils apparaissent chez l'enfant, sont souvent discrets et nécessitent, en plus d'une connaissance approfondie du développement normal, des investigations spécifiques et le recours à l'examen psychomoteur. Un certain nombre de signes d'appel amènent ainsi médecins et membres des équipes de soin à se préoccuper de manifestations qui, même si elles ne sont parfois que situationnelles, n'en constituent pas moins une source de désadaptation et de souffrance pour l'enfant et sa famille.

### **2.2.1. Trouble d'attention et hyperactif / impulsivité**

Il s'intègre souvent dans des troubles complexes de la personnalité dont il ne constitue que la manifestation la plus visible. L'enfant n'écoute pas, n'arrive pas à se concentrer et à persévérer dans la réalisation de son travail scolaire ou dans ses jeux. Tout effort d'attention lui est difficile et le moindre élément parasite le détourne rapidement de la tâche en cours. Il peut ainsi s'attacher à des éléments non pertinents du travail qu'il est en train d'accomplir et perd de vue l'objectif principal. Il égare ses affaires qu'il s'agisse de vêtements, de matériel scolaire ou de jouets. Il existe différents degrés de gravité depuis la tendance à la distraction épisodique jusqu'à l'impossibilité de poursuivre plus de quelques minutes une même activité. La motivation du sujet à l'égard de l'activité peut aussi jouer un rôle et les manifestations peuvent être situationnelles. Douglas

parle de leur incapacité. Les troubles de l'attention restent relativement stables au cours du développement alors que les autres manifestations ont tendance à diminuer. Souvent l'enfant ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités. a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux, il semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques, ou ses obligations professionnelles, a du mal à organiser ses travaux ou ses activités, évite a en aversion, ils perd souvent les objets nécessaires à son travail ou ses activités (par exemple jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils se laisse facilement distraire par des stimulus externes a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

- **Hyperactivité**

L'enfant remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège, il se lève en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis, court ou grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice), a du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs est souvent sur la « brèche » ou comme s'il était « monté sur ressorts », il parle souvent trop.(J.Bergeret,2008.p307).

- **Impulsivité**

L'enfant laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas entièrement posée, il a du mal à attendre son tour, et interrompt souvent les autres ou impose.

### 2.2.2. Trouble de l'acquisition de la coordination et la dyspraxie

Sont des difficultés dans les activités quotidiennes telles que s'habiller, faire sa toilette, utiliser les couverts et un retard dans le développement psychomoteur (marche, course, saut, lancer ou attraper une balle, etc.). Pour les plus grands, le désordre visu constructif est souvent au premier plan : puzzle, figures géométriques, maquettes sont difficiles, voire impossibles, à réaliser, une lenteur importante dans les différentes activités motrices. L'enfant se signale, en classe, par son incapacité à rendre un travail achevé dans le temps imparti. Si une augmentation de la vitesse est imposée, elle contribue à favoriser la maladresse, des difficultés en arithmétique, en géométrie, dans l'apprentissage de la lecture, difficultés d'imitation des mouvements de la face, troubles des systèmes phonatoire, articulaire et respiratoire peuvent être retrouvés. Les difficultés d'écriture sont fréquentes, liées à la fois aux troubles visu constructifs et aux difficultés de coordination motrice.

### 2.2.3. Trouble de tonus musculaire

Les plus fréquents sont

- **Dystonie**

La dystonie est une contraction musculaire anormale et inadaptée qui apparaît au cours d'un mouvement, ou dans le maintien d'une attitude et peut s'accompagner de spasmes engendrés par une série de contractures. Les dystonies disparaissent lors du sommeil, sont sensibles aux influences sociales et émotionnelles ainsi qu'à la fatigue, débuter dans l'enfance vers 6 à 10 ans et progressent très lentement. Elles aboutissent parfois à des postures singulières : antérocolie, rétrocolie, tronc en lordose ou en scoliose. Plus la dystonie est d'apparition précoce, plus le risque de généralisation à d'autres régions

corporelles est grand. Lorsque la dystonie survient à l'âge adulte, elle tend à rester isolée. Chez l'enfant, de Ajuriaguerra et al décrivent un tableau d'ébauches de crampes dont les signes communs sont une crispation intense intéressant à la fois l'épaule, l'avant-bras et les doigts ou encore des variations toniques importantes, des phénomènes douloureux permanents au cours de l'activité graphique ou survenant lors d'une consigne de rapidité, un arrêt forcé de l'activité graphique durant lequel le sujet se frotte le poignet ou secoue sa main. Peuvent s'y ajouter une lenteur de l'écriture, une incoordination des mouvements, des syncinésies, une hyperhidrose palmaire, une mauvaise tenue de l'instrument qui subit des modifications au cours de l'écriture et des changements dans l'attitude du sujet qui cherche à compenser l'apparition de la symptomatologie.

- **Les syncinésies**

Sont fréquemment rencontrées en association avec différents troubles psychomoteurs, notamment dyspraxies et mouvements anormaux, le bégaiement ainsi que dans les troubles des apprentissages scolaires. Parain et Moscato signalent l'existence de syncinésies d'imitation appelées mouvements en « miroir » qui persistent tout au long de la vie et peuvent correspondre ou non à un processus héréditaire ou résulter d'une pathologie neurologique. (JM.Albaret, 2001, P10).

#### **2.2.4. Dominance latéral et psychopathologique**

Une latéralité croisée main-œil a été retrouvée en plus grand nombre chez certains sujets présentant des anomalies comportementales ou psychiatriques particulières : psychopathes hospitalisés, schizophrènes, enfants présentant des troubles affectifs ainsi que des troubles des apprentissages. Mais certains travaux sont contradictoires, notamment ceux concernant les difficultés en

---

lecture. L'ambilatéralité est plus fréquemment retrouvée chez les enfants présentant des retards de développement. Elle est également associée à divers troubles : bégaiement, difficultés au niveau du langage et de la lecture, troubles temporo-spatiaux et difficultés visu constructives. Qu'on distingue quelques modes de latéralisation

#### **2.2.4.1. Dominance des membres inférieurs**

Elle est explorée par diverses tâches : taper dans un ballon, pousser un palet le long d'une ligne à cloche-pied, écraser ou saisir un objet avec le pied, monter sur une chaise ou marcher en partant dos au mur avec observation du pied qui initie le mouvement, vitesse de tapping. Des discordances peuvent être retrouvées entre deux activités, ainsi Crichtley signale des enfants qui, de façon préférentielle, donnent un coup de pied du côté droit et sautent du pied gauche.

#### **2.2.4.2. Dominance oculaire**

Elle peut revêtir plusieurs sens mettant en jeu des mécanismes divers faiblement corrélés entre eux et sans relation avec la dominance manuelle. Trois facteurs ont été retrouvés par analyse factorielle. La dominance de visée ou de vision monoculaire permet d'apprécier la plus grande capacité d'un œil à se diriger vers un point particulier de l'espace.

#### **2.2.5. Confusion droit - gauche**

La discrimination droite-gauche se fait progressivement chez l'enfant et se situe à plusieurs niveaux. Elle débute sur soi vers 6 ans, sur autrui, avec la notion de réversibilité, vers 8 ans puis sur trois objets, alignés en face du sujet, les uns par rapport aux autres, vers 10 ou 12 ans et enfin par rapport à des objets placés en face d'autrui. La différenciation spatiale doit aussi se faire pour des signes à symétrie horizontale (u et n par exemple) et verticale (b et d). La

---

difficulté essentielle consiste à faire admettre à l'enfant que, pour le symbole graphique, l'identité est liée à l'orientation dans l'espace alors que les objets conservent, habituellement, les mêmes propriétés quelle qu'en soit l'orientation. Jusque vers 5 ans, l'enfant est familiarisé avec la constance de l'objet : une chaise demeure une chaise, que son dossier se trouve du côté droit ou du côté gauche, qu'il soit en haut ou en bas. À partir du moment où l'apprentissage de la lecture commence, il n'en est plus de même, « b », « p », « d », « q » ne sont pas des éléments interchangeables. Les problèmes liés à l'orientation géographique, aux phénomènes de rotation mentale, au raisonnement spatial sont retrouvés chez certains enfants mais leur intégration nosographique est encore à venir. (PIPE.ME, 1988. p343-347).

### **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 tard, tout handicap sur le développement en générale et sur la formation de l'intelligence en particulier. Par conséquence, l'instabilité psychomotrice n'est qu'un syndrome, une réponse psychomotrice non spécifique. Peut exister chez un enfant sans autre trouble par ailleurs et dans un contexte socio-familial sans particularités. Peut aussi être une réaction défensive immédiate chez un enfant confronté à un bouleversement de son monde relationnel avec un caractère fréquemment contra-dépressif. Pouvant aussi s'inscrire dans certaines psychoses infantiles ou troubles graves de la personnalité.

### 3. Développement cognitive normale et pathologique

#### Préambule

L'étude du développement de l'enfant permet de situer les grandes étapes de son évolution et de distinguer par comparaison les problèmes éventuels d'enfants qui auraient des troubles de l'apprentissage. Cependant, si ces théories sont très utiles, elles ne constituent qu'un cadre global d'étude et sont insuffisantes pour expliquer les différences particulières entre les individus.

Par développement cognitif on entend l'évolution de grandes fonctions comme l'intelligence, la mémoire, le langage, la numération, etc.

#### 3.1. Connaissance

##### 3.1.1. Connaissances des objets

Comme chez l'adulte et pour toutes les modalités sensorielles, des catégorisations précoces ont été démontrées chez les nourrissons : les enfants dès leur plus jeune âge possèdent des processus de catégorisation opérants qui leur permettent d'organiser le monde qui perçoivent de façon cohérente.

Pour la modalité visuelle, deux systèmes sont individualisés, le **circuit Dorsal** (ou parieto-occipital) impliqué dans le traitement de la localisation des objets, les relations spatiales entre les objets et le mouvement et le **circuit Ventral** (ou temporo-occipital) impliqué dans le traitement de l'identité des objets (couleur et forme) et la reconnaissance des visages. Des capacités de catégorisation, pour les couleurs, les formes, ou les orientations ont été décrites précocement soit à la naissance, soit dans les premiers mois. Par ailleurs les nouveau-nés sont attirés préférentiellement par des objets en mouvements par rapport à des objets stationnaires.

Indépendamment de la vue, la perception tactile permet dès l'âge de 2 mois à l'enfant de détecter des changements de forme, de poids ou de texture d'objets placés dans sa main. La coordination préhension-vision possible à partir de 5 mois, va permettre une exploration bimodale des objets (visuelle et tactile). Mais des expériences ont montré que dès 1 mois, les nourrissons mettent en correspondance des sensations visuelle et tactile, ou visuelle et auditive ce qui laisse penser qu'ils possèdent des représentations mentales abstraites des objets leur permettant de mettre en lien des stimuli visuel, tactile ou auditif émanant d'un même objet.

### 3.1.2. Connaissance d'autrui

- **Reconnaissance des visages**

Dès la naissance le nouveau-né fixe plus longtemps une image ayant les caractéristiques d'un visage humain par rapport à une même image dont les traits du visage sont désorganisés. A partir du troisième jour on constate une fixation plus longue du visage maternel par rapport à un visage étranger. Les chercheurs ont montré que cette reconnaissance se fait initialement à partir d'indices externes, puis à partir de 5 mois d'indices internes. A partir de 7 mois, le nourrisson a la possibilité de reconnaissance du visage dans différentes poses ou points de vue. La progression de l'analyse des expressions faciales sera plus lente jusqu'à 14 ans.

- **L'émergence du soi cognitif**, c'est-à-dire les connaissances établies par l'enfant

Concernant sa propre personne et son existence en tant que « je » se situe vers l'âge de 2 ans.

Ces connaissances sont attestées par divers indices dont la capacité de reconnaître son image

Dans un miroir survenant à 2 ans.

### 3.2. Développement des praxies

Les fonctions praxiques correspondent à la coordination volontaire de mouvements orientés vers un but : il s'agit d'une fonction cognitive élaborée. Les praxies se caractérisent par le fait qu'elles sont obligatoirement apprises, impliquant la mémoire procédurale ou implicite et l'évocation de la finalité de l'acte permet à elle seule d'initier le geste. Elles ont un développement progressif entre 2 et 12 ans. Pour les praxies impliquant la réalisation d'un geste symbolique ou mimé (par exemple se brosser les dents), trois étapes successives ont été décrites : avant 3 ans, l'enfant montre la région de l'action sans pouvoir mimer le geste (il montre la bouche pour le brossage des dents), entre 4 et 7 ans, il se sert d'une partie de son corps pour mimer l'objet (se sert de son doigt pour représenter la brosse à dent) et enfin après 7ans il est capable de mimer en représentant l'objet de façon symbolique (fait semblant de tenir une brosse à dent).( Pr Y.Chaix,2008,p5-7).

### 3.3. Développement de l'intelligence

La définition de l'intelligence varie selon les auteurs (Piaget, Garner). Ces différentes conceptions sont plus ou moins ouvertes (les capacités sociales, artistiques, le sens pratique, peuvent ou non faire partie de l'intelligence selon les auteurs).

#### 3.3.1. Stades de Piaget

- **L'intelligence sensori-motrice**

(0 à 2 ans) : C'est un stade axé sur la perception et l'action. L'enfant fait des expériences de manipulation et perçoit progressivement les limites de son corps. Il acquiert la permanence de l'objet et commence à faire des liens de causalité entre ses actions et leurs résultats. À ce stade, l'individu (qui ne parle pas) entre

en contact avec son milieu par l'intermédiaire de ses sens (voir, entendre, goûter, etc.) et de ses actions. C'est pourquoi on parle du stade sensori-moteur. Connaître des objets pour un bébé, c'est agir directement sur les objets. L'enfant n'est pas encore capable de représentation mentale. Une notion importante qui va se développer graduellement au cours de la période sensori-motrice, c'est la notion de permanence de l'objet, c'est-à-dire que l'enfant en vient à comprendre qu'un objet reste le même, même si on le regarde sous divers angles, et que, si un objet disparaît de sa vue ou est déplacé, il continue d'exister.

- **L'intelligence préopératoire**

(2 à 6-7 ans) : L'enfant commence à faire le lien entre l'objet et le symbole (l'objet fourchette, le mot fourchette prononcé, le mot fourchette écrit, le dessin d'une fourchette, etc..). C'est le stade du développement du langage, de l'imitation, du dessin. La fonction symbolique permet à l'enfant de représenter les objets ou événements non perceptibles dans la réalité actuelle, en les évoquant au moyen de symboles ou de signes. Ainsi, l'enfant ne vit plus seulement dans le présent et avec les objets présents. Il peut imaginer les objets absents. Il peut faire référence à des souvenirs passés et imaginer des projets futurs. Ceci se traduit par de nouvelles activités :

-L'imitation différée : L'enfant est capable d'imiter en l'absence de tout modèle à imiter. C'est la forme la plus pure d'accommodation.

-Le jeu symbolique : Il s'agit de « faire semblant », « agir comme si ». L'enfant transforme la réalité à sa guise.

-Le dessin : Les gribouillages commencent vers 18-24 mois. L'enfant utilise le geste graphique pour le plaisir du geste.

-L'image mentale : Celle-ci résulte d'un processus d'intériorisation de l'imitation différée. Elle dérive donc des schèmes sensori-moteurs et non de la perception.

-Le langage : Avec le langage, apparaît une différenciation entre signifiants et signifiés. C'est le stade des premiers mots, et des premiers énoncés à deux mots.

- **L'intelligence des opérations concrètes**

(7 à 11-12 ans) : À ce stade la pensée devient logique, les notions de temps, d'espace et de vitesse se précisent, les classifications se font sur des critères s'affinent. Vers 6-7 ans, l'enfant commence à avoir une pensée plus mobile et plus décentrée. Il acquiert la réversibilité, c'est-à-dire qu'il peut renverser des transformations (imaginer comment c'était avant) et il peut « compenser » les transformations. Mais le raisonnement de l'enfant ne se fait que sur des objets concrets, qui ne sont pas nécessairement présents devant ses yeux mais qui peuvent être, du moins, expérimentés physiquement ou être imaginés. La conservation de la matière (liquide, substance), de la longueur et de la surface survient vers 7-8 ans la conservation du poids vers 9-10 ans et la conservation du volume vers 11-12 ans. On voit donc que l'action mentale n'est pas complètement indépendante du contenu sur lequel elle porte, comme elle le sera à la période des opérations formelles.

- **L'intelligence des opérations formelles**

(12 à l'âge adulte), Selon Piaget, à l'adolescence, l'individu entre normalement dans la période des opérations formelles. Cette période est caractérisée essentiellement par les transformations suivantes au plan cognitif :

-La pensée de l'adolescent se détache du concret : elle ne se construit plus uniquement sur ce qu'il voit ou entend ou sur ce qu'il peut se représenter de

manière concrète. Il peut maintenant utiliser des abstractions et contempler tout autant le possible que l'impossible. La capacité de raisonner sur des propositions abstraites libère l'intelligence et la rend indépendante du contenu sur lequel porte un problème. L'adolescent peut ainsi raisonner au « second degré » : il peut effectuer des opérations sur des opérations.

-L'adolescent fait preuve de raisonnement hypothético-déductif parce qu'il est capable de formuler des hypothèses et d'en déduire toutes leurs implications logiques. Il peut raisonner en termes de propositions de type « si... alors » et formuler des hypothèses avant de commencer à résoudre un problème. Comme il peut réfléchir à des choses abstraites (l'art, l'amour, la mort, la religion) et peut adopter temporairement l'avis d'un autre, c'est le début de l'autocritique. (Josianne Basque, 2003, p.22-24).

### **3.4. Le développement de l'attention**

À l'âge préscolaire, les enfants ont de la difficulté à effectuer une tâche pendant plus de quelques minutes, et ce, même s'il s'agit de tâches qu'ils aiment réaliser. À partir de 4-5 ans, ils commencent à devenir plus persistants et à planifier davantage leurs stratégies attentionnelles en situation de résolutions de problèmes. Mais lorsque les problèmes sont plus complexes et exigent de traiter plusieurs informations en même temps, les enfants de cet âge ne peuvent accorder leur attention de manière systématique à la résolution des problèmes. C'est surtout à partir du milieu de l'enfance (8-10 ans) que les enfants font montre de capacités attentionnelles plus élevées dans de telles situations.

Les enfants apprennent aussi à utiliser de manière optimale leur attention limitée. Par exemple, après 11 ou 12 ans, les enfants sont capables d'ignorer des informations non utiles (ex. : images qui distraient) et de traiter l'information pertinente seulement. (J.Basque, 2003, p.27).

### **3.5. Développement du langage**

L'acquisition de la langue maternelle (langage oral) se fait pour l'essentiel dans les deux ou trois premières années sans enseignement précis à condition que l'enfant soit entouré d'individus qui parlent. A l'inverse l'acquisition de la lecture (langage écrit) nécessite un apprentissage spécifique, généralement sur les bancs de l'école. Les études ces dernières années montrent une spécialisation précoce (nouveau-né) de l'hémisphère gauche pour le traitement des stimuli verbaux lorsqu'ils sont comparés à des stimuli musicaux.

#### **3.5.1. Sur le versant perceptif**

Dès la naissance l'enfant perçoit les contrastes phonétiques de toutes les langues naturelles et la perception des sons de parole se fait comme chez l'adulte par catégorisation. C'est vers l'âge de 8 à 10 mois, que les nourrissons deviennent des spécialistes de la langue maternelle et ne discriminent plus les contrastes dans des langues étrangères. Il s'agit d'un exemple concret du phénomène de stabilisation synaptique évoqué plus haut. Dès les premiers jours de vie les bébés sont plus sensibles à la voix maternelle (entendue in utero) qu'à la voix d'une étrangère et dès quatre jours de vie ils distinguent la langue maternelle d'une langue étrangère dans les deux cas en utilisant des indices prosodiques (intonation, rythme et accentuation). Les premiers mots sont compris vers l'âge de 8 à 10 mois. Puis est notée une progression rapide du nombre de mots compris : environ 50 mots à 10 mois, 100 mots à 13 mois, 200 à 16 mois et 300 mots à 20 mois. Il existe à ce stade un décalage de 4 à 5 mois entre la compréhension supérieure à l'expression.

#### **3.5.2. Sur le versant expressif**

A partir du deuxième mois l'enfant émet ces premiers sons vocaliques (voyelles). Puis la maturation du conduit vocal lui permet de moduler à partir de

---

4 à 5 mois les variations de la voix et d'étendre son répertoire vocal. L'émergence du babillage (premières syllabes) survient entre 3 et 6 mois, puis avec redoublement de syllabes (babillage canonique) à partir de 7 mois d'abord simples puis complexes (9 - 10 mois). La production des **premiers mots** est repérée généralement vers 12 mois.

L'accroissement du vocabulaire est d'abord lent avec environ 6 mois pour arriver à un répertoire de 50 mots mais au-delà se produit une véritable explosion lexicale.

Les premières associations de mots émergent vers 18-20 et les phrases avec un sujet, un verbe et un complément à partir de 3 ans en moyenne. L'enfant à 3 ans utilise le pronom personnel « je ». Au delà de trois ans l'enfant poursuit l'enrichissement de son vocabulaire avec notamment les mots abstraits et des mots de relation. Il perfectionne sa syntaxe grâce à une meilleure utilisation des mots grammaticaux.

A partir de 5 ans tous les phonèmes de la langue sont produits de façon correcte. Le développement du langage écrit nécessite un apprentissage explicite généralement sur les bancs de l'école. Les enfants doivent dans un premier temps apprendre la mise en correspondance des sons du langage (phonème) aux lettres écrites (graphème). Cette première phase nécessite des compétences dans le domaine phonologique, notamment la capacité à percevoir les différents sons élémentaires qui constituent les mots et à être capable de faire des manipulations sur ses unités (on appelle cette aptitude la conscience phonologique, selon la taille de l'unité on parle de conscience syllabique développée à partir de 4 à 5 ans et de conscience phonémique à partir de 6 à 7 ans). Cette procédure de conversion grapho-phonémique (encore appelé lecture par assemblage) va permettre aux enfants de lire les mots nouveaux et de débiter la constitution

---

d'un stock lexical auquel ils pourront accéder directement par la procédure orthographique (encore appelé lecture par adressage). (M.Guidetti, 2002, p50).

### 3.6. Développement de la mémoire

La mémoire n'est pas une fonction unitaire et différents systèmes de mémoire ont été décrits.

On oppose dans un premier temps la mémoire à court terme de la mémoire à long terme.

#### 3.6.1. La mémoire à court terme

Représente la capacité à maintenir pendant un temps bref (maximum 20 secondes) une information afin de la stocker en mémoire à long terme ou pour pouvoir réaliser différentes opérations (ex : calcul mental). On parle dans cette situation de mémoire de travail. Comme chez l'adulte, on distingue une mémoire à court terme auditivo verbale d'une mémoire à court-terme visuo-spatiale selon le type d'informations à retenir. Le nombre d'items retenu lors d'une épreuve de mémoire à court-terme s'appelle l'empan. La valeur de l'empan augmente au cours du développement passant de 3 chez l'enfant de 3 à 4 ans à 7 (qui correspond à l'empan adulte) entre 12 et 15 ans. Ce sont généralement les régions préfrontales qui sous-tendent ces fonctions avec néanmoins chez l'enfant une participation des régions temporales médianes.

#### 3.6.2. La mémoire à long terme

Correspond à toute chose qu'une personne a apprise (événements personnels ou **mémoire épisodique**, connaissances du monde ou mémoire sémantique et comment faire les choses ou **mémoire procédurale**). Elle se subdivise en mémoire déclarative (ou explicite) et non déclarative (ou **implicite**).

**La mémoire explicite** correspond à la possibilité de restituer verbalement l'information stockée, un souvenir ou une connaissance, et implique généralement les régions temporales et plus particulièrement la région

hippocampique. Pour **la mémoire implicite** qui suppose l'absence de restitution verbale du fait mémorisé, il s'agit généralement de procédures. On a initialement pensé que la mémoire de l'enfant au stade préverbal, était uniquement de type implicite. En fait des travaux récents sont en faveur du développement plutôt simultané que séquentiel des mémoires implicite et explicite. Au Cours du développement on assiste à une augmentation progressive des capacités de récupération des informations stockées. L'amélioration de cette aptitude est secondaire à la maturation des fonctions langagières et exécutives. Toutefois enfant et adulte ne parviennent pas à restituer des événements survenus avant l'âge de 2 à 3 ans, on appelle cela **l'amnésie infantile** dont la cause pourrait être la maturité insuffisante des régions temporales.

### 3.7. Développement des fonctions exécutives

Ce sont l'ensemble des fonctions sous-tendues par le cortex préfrontal, région du cerveau en avant des aires motrices et particulièrement développées chez les humains par rapport aux primates non humains. Il s'agit des **fonctions de planification** permettant l'élaboration d'un plan d'action en fonction du ou des buts à atteindre, des **fonctions de contrôle attentionnel** permettant la sélection des informations en fonction de leur pertinence et enfin des **fonctions de flexibilité mentale** qui permettent une adaptation du sujet au fur et à mesure d'une déroulement d'une tâche et des changements de consignes. La maturation des régions antérieures du cerveau est tardive et ces fonctions ne vont se développer pleinement chez l'enfant qu'entre 6ans et 12ans à 15ans pour atteindre un niveau adulte qu'à l'adolescence. (Pr Yves Chaix, 2008, p8-9).

## **4. Les pathologies du développement cognitif**

### **4.1. Les troubles sensoriels et perceptifs**

Si les troubles cognitifs sont le plus souvent des atteintes du cerveau à proprement parler, il est toujours possible que les modalités sensorielles (audition, vision par exemple) soient touchées. Il est important de ne pas négliger ces aspects.

### **4.2. La déficience intellectuelle**

La déficience correspond à un décalage persistant dans la capacité de l'enfant à s'adapter à son environnement, cela par rapport à un enfant du même âge. Le trouble concerne 1 à 2 % de la population et débute avant 18 ans. D'autres troubles peuvent être associés à la déficience intellectuelle (autisme, épilepsie, etc..).L'origine est variable (génétique ou environnementale) et inconnue dans de nombreux cas. Il existe différents degrés de sévérité (léger, moyen, grave, profond), le degré de déficience est mesuré par l'intermédiaire d'un test psychométrique qui donne un score sous la forme d'un QI (quotient intellectuel) ou d'un âge développemental (anciennement âge mental).

### **4.3. Troubles spécifiques des apprentissages**

Les enfants peuvent présenter des troubles spécifiques du développement, dont les caractéristiques communes sont le fait d'intéresser une fonction cognitive en épargnant les autres domaines du développement, de survenir généralement en absence de lésions cérébrales ou de pathologies neurologiques avérées, chez des enfants au niveau intellectuel normal. Ces troubles sont généralement durables au cours du développement à l'origine d'un retentissement sur les apprentissages scolaires qui constitue le motif de consultation habituel. On distingue selon la fonction cérébrale altérée :

- -Parole et/ou Langage = Trouble spécifique du langage oral, qui comprend absence de babillage canonique à 9 mois, absence de mots à 15 mois, absence de phrase à 3 ans
- -Lecture = Dyslexie
- Orthographe = Dysorthographe
- Aptitudes arithmétiques = Dyscalculie
- Habiletés motrices = Trouble de l'acquisition de la coordination
- Attention = Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Ces troubles, fréquents, ont tendance à s'associer entre eux constituant des associations co-morbides (par ex : 40 à 50 % des enfants dyslexiques présentent un déficit de l'attention).

### **4.4. Retard mental**

#### **4.4.1. Épidémiologie**

- RGD estimation 1 à 3 % des enfants de moins de 5 ans
- RM sévère ( $QI < 50$ ) : 3 à 4 pour 1000
- RM léger ( $50 < QI < 70$ ) : variable selon les études de 8 à 25 pour 1000

Le retard mental comprend :

- soit avant 2 ans avec retard postural et retard d'éveil
- soit entre 2 et 4 ans avec retard de langage
- soit à partir de 5 ans avec difficultés d'apprentissages : lecture, écriture, mathématiques. (pr.yves chaix, 2008, p.13-14).

#### **4.5. Les troubles « Dys »**

Les troubles « dys » sont nombreux (dysphasie, dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dyspraxie, etc..). Ils ont pour caractéristique d'être spécifiques d'un domaine de compétence particulier et d'être liés au dysfonctionnement d'une partie particulière du cerveau. Ces troubles persistent pendant toute la vie de la personne atteinte. Des actions de rééducation sont malgré tout possibles. Le diagnostic de « dys » se fait par l'intermédiaire de tests neurologiques spécialisés. Différents dys peuvent se combiner (par exemple, dyslexie et dysorthographe sont souvent associées).

#### **4.6. Les troubles attentionnels**

Les troubles attentionnels concernent 3 à 5 % des enfants. Ils correspondent à un ensemble de comportements perturbateurs dans lesquels l'inattention et/ou l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent. Cela, significativement plus souvent et plus intensément que chez un enfant du même âge. Les symptômes doivent persister plus de 6 mois et survenir avant 7 ans. Le trouble doit se manifester dans plusieurs contextes différents. Il persiste pendant des années, parfois après l'adolescence et perturbe parfois gravement la vie de famille. (Olivier brondeau, 2012, p.2).

#### **4.7. Les troubles de mémoire : comprend trois grands catégories sont :**

##### **4.7.1. Défaut de mémorisation**

Qui présente deux types :

- les déficits d'encodage sont habituellement liés à des troubles de l'attention. Ils relèvent, soit de mécanismes cognitifs (encodage déficient du fait d'un temps d'acquisition insuffisant, d'un déficit attentionnel) ou

affectifs (ressources attentionnelles insuffisantes du fait de l'anxiété ou d'un défaut de motivation). La non-restitution ne constitue donc pas à proprement parler un oubli, mais un non-souvenir. c'est la raison pour laquelle les tests utilisés pour évaluer la mémoire doivent comporter une vérification de l'encodage.

- défauts de consolidation sont caractéristiques des lésions hippocampiques.

#### **4.7.2. Déficit de stockage**

Ils peuvent être liés, soit à l'influence du temps (c'est un élément essentiel de la mémoire à court terme, mais qui intervient également dans la mémoire à long terme), soit à l'existence de lésions des régions cérébrales sous-tendant les traces mnésiques.

#### **4.7.3. Déficit des processus de rappel**

Il constitue le mécanisme le plus fréquent de l'oubli. Il peut être d'origine cognitive (différence de contextes entre l'acquisition et le rappel, erreurs sur le choix des indices de rappel ou déficit des procédures de recherche, diminution des capacités de traitement, influence d'un souvenir sur un autre qui produit une interférence pro- ou rétroactive) ou affective (non concordance de l'humeur, modifications du Soi entre l'acquisition et le rappel). (C. Derouesné, L. Lacomblez, 2007, p.2).

### **Conclusion**

Le concept de développement humain fait référence au processus par lequel des individus croissent et changent au cours de leur vie. La notion de développement cognitif fait référence plus spécifiquement aux changements qui se produisent dans les structures, les habiletés et les processus cognitifs d'un individu au cours de sa vie. On peut dire que le développement cognitif est un

ensemble des activités et des processus internes inhérents à l'acquisition des connaissances, à l'information, à la mémoire, à la pensée, à la créativité, à la perception, ainsi qu'à la compréhension et à la résolution de problèmes.

Concernant, La déficience cognitive qui, est une perturbation de développement des fonctions cognitives telles que la perception, l'attention, la mémoire et la pensée. Ces déficiences peuvent s'installer lors du développement psychique de l'enfant ou bien apparaître suite à une détérioration secondaire comme l'épilepsie sévère, maladie mentale... Les déficiences cognitives appelées aussi déficiences intellectuelles, concernent les personnes ayant une capacité limitée d'apprentissage, dont une lenteur dans le développement psychomoteur, des difficultés d'adaptation au quotidien, des problèmes de compréhension et d'utilisation du langage, et des difficultés de compréhension de concepts généraux et abstraits.

# *Chapitre III*

## *Le Spina Bífida*

## **Préambule**

Le mot handicap provient d'un terme anglais : « hand in cap », ce qui signifie littéralement « main dans le chapeau ». Cette expression découle d'un jeu d'échanges d'objets personnels qui se pratiquait en Grande Bretagne au 16ème siècle. Un arbitre évaluait les objets et s'assurait de l'équivalence des lots afin d'assurer l'égalité des chances des joueurs. Le handicap traduisait la situation négative, défavorable, en passant par le Moyen Age, la première Guerre Mondiale, ou même les dernières représentations cinématographiques ou artistiques du 20ème siècle, le handicap a toujours été synonyme d'exclusion, de pauvreté, d'infirmité, d'incapacité, etc.

### **1. Définition du handicap selon l'OMS (organisation mondiale de la santé)**

Comprend trois dimensions qui entrent en jeu dans le handicap et qui donne lieu aux notions de déficience, incapacité, et de désavantages, termes repris dans la classification international (Inserm 1988). Elles sont définies comme suit :

- **La déficience**

Il s'agit de la perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente toute perturbation congénitale ou acquise permanente ou temporaire de la structure et des fonctions normales du corps.

- **L'incapacité**

Il s'agit de la réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité donnée de façon ou dans les conditions considérées comme normales pour un être humain.

- **Le désavantage**

Résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normale. Il se caractérise par une discordance entre les performances ou l'état du sujet et ceux qui est attendu de lui.(Michèle Guifdetti,CatherineTourrette, 2002, p7-8).

Le dictionnaire fondamental de la psychologie, le handicap est la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre par rapport à l'autre personne. (Hettall, B., 2005, p421).

## **2. Définition du handicapé**

Selon le grand dictionnaire de psychologie, le terme se dit d'une personne atteinte d'un désavantage, infériorité, résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle sociable, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge le sexe, les facteurs sociaux et culturels. (BLoch,H et Al ,2003,p421).

Selon **RenéLenoir**, le handicapé est la personne qui en raison de son incapacité physique ou mentale de son comportement psychologique ou de son absence de formation est incapable de pouvoir à ces besoin ou exigé des soins constant ou se trouve ségrégée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité (Libermann, R1999, p38).

## **3. La maladie neurologie** (selon l'organisation mondiale 2016)

Les maladies neurologiques sont des lésions du système nerveux central ou périphérique. En d'autres termes ils touchent le cerveau, la moelle épinière, les nerfs crâniens, les nerfs périphériques, les racines nerveuses, le système nerveux végétatif, la jonction neuromusculaire et les muscles.

Ces lésions comprennent l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer et d'autres démences, les maladies cérébro-vasculaires, y compris l'accident vasculaire cérébral, la migraine et autres céphalées, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, les infections du système nerveux, les tumeurs du cerveau, les troubles traumatiques du système nerveux tels que les traumatismes crâniens, et les troubles neurologiques liés à la malnutrition.

Parmi la lésion neurochirurgicale du système nerveux, le spina bifida occupe une place assez singulière.

### 3.1. Définition de SPINA BIFIDA

Ce qui signifie littéralement « colonne vertébrale fente » se caractérise par le développement incomplet du cerveau, la moelle épinière et ou les méninges (la gaine protectrice autour du cerveau et de la moelle épinière). Il est défectueux le plus commun du tube neurale.

Le SPINA BIFIDA est la conséquence d'un déficit de fermeture du tube neurale, caudal au 4ème paire de somites, survenant au cours de la 4ème semaine. Ce défaut de fermeture appelé dysgraphie spinale, altère non seulement le développement de système nerveux central, mais également le développement des arcs vertébraux sus-jacents, résultant en une ouverture plus ou moins marquée du canal vertébral (spinabifida). (J.Rossant- Lumbroso, L.Rossant, n°4, P01)

### 3.2. Aperçu historique

L'existence du SPINA BIFIDA a été décrite par les médecins arabes et Hippocrate les 16ème, 19ème siècle et 20ème siècle.

**Nicolas Talpius**, il a fait la première description précise du SPINA BIFIDA en 1602 dans son livre « observation médical ». Il a reconnu l'atteinte

du système nerveux centrale par la poche situé au niveau de dos de l'enfant. Depuis le terme de spina bifida est élargi à un nombre de mal formation de ligne médiane de l'enfant.

**Ahfeld**, en 1880, il pensait également que l'excès provoquait la grande majorité des cas de SPINA BIFIDA d'autres part LEABEDEFEFF a la même époque (1881-1882) insistait sur le fait que le SPINA DIFIDA était dû à la non fermeture du tube neurale au stade embryonnaire précoce accompagnée par une « surcroissance » du blastème médullaire.

**Gruenwarld**, en 1941, décrivait en détail un embryon de 20mm avec duplication de la moelle dorsale basse accompagnée d'un myéloschisis dorsolombaire et plus tard d'une duplication de la moelle de la région sacrée. Il ya des anomalies de courbure de la colonne et des foyers et de tissu ectopique dans la région sacrée contenant des faisceaux nerveux, du cartilage, des tubules néphrotique. Il concluait que ces anomalies avaient une origine dans les crêtes neurales et qu'il n'y avait pas d'anomalie céphalique.

#### **4. Les grandes étapes de développement embryologie**

Quelles que soient l'individu considéré, le développement embryonnaire va se dérouler de la même façon chez tous les métazoaires. On observe plusieurs grandes étapes fondamentales :

- La fécondation
- La segmentation
- La gastrulation
- La neurulation

#### 4.1. La fécondation

C'est l'évènement initiateur du développement embryonnaire. Elle consiste en la rencontre entre un ovocyte et un spermatozoïde. Cette rencontre engendre l'œuf fécondé (ou cellule œuf ou embryon au stade unicellulaire ou encore zygote) : il s'agit d'une cellule unique. A la fin de cette première semaine, commence l'implantation dans la muqueuse utérine.

#### 4.2. Segmentation

Pendant la deuxième semaine, cette période de développement embryonnaire qui correspond au passage de l'état unicellulaire à l'état pluricellulaire. C'est une succession de divisions mitotiques qui ne seront pas séparées par des interphases. Elles sont devenues de plus en plus petites à mesure qu'elles se divisent (car pas d'interphase) et l'embryon ne va pas croître en taille par rapport à la taille de l'œuf fécondé mais sera constitué de plus en plus de cellules. Il continue à se diviser et une cavité va apparaître ; cavité appelée le blastocœle (va creuser l'embryon). Quand l'embryon possède un blastocœle, il prend le nom de blastula. (A. Sophie Carabet, 2004, p12,)

#### 4.3. La gastrulation

À la fin de la troisième semaine, le développement embryonnaire, les divisions mitotiques vont se poursuivre durant cette étape, le volume de l'embryon ne va pas toujours augmenter les cellules deviennent donc encore de plus en plus petites. Ce phénomène est marqué par l'apparition de la ligne primitive qui est un épaississement de l'épiblaste au niveau de la ligne médiane et le long de l'axe céphalo-caudal dont elle occupe la moitié de la longueur de l'embryon et se termine à son extrémité craniale par un amas de cellules épiblastiques formant au dernier le nœud primitif.

A ce niveau de nœud primitif et de la ligne primitive, les cellules épiblastique s'invaginent et s'interposent entre épiblaste et hypoblaste formant le mésoblaste qui s'étend en direction latéral et craniale. (Ibid, P 16)

#### **4.4. La neuralation**

Aucour de La quatrième semaine qui est la fin du développement se déroule la neurulation, consiste la mise en place dans la région dorsale de l'embryon, à partir du neurectoderme, d'un tube creux que l'on appelle le tube neural (ou tube nerveux) qui correspond au SNC primitif c'est-à-dire l'ébauche du cerveau et de la moelle épinière. (A.Kabre, 2012, p 13-18)

### **5. Les formations de tube neural**

#### **5.1. La Plaque neurale**

Qui présente une croissance cellulaire très rapide et s'étend progressivement vers la partie caudale. Dès lors, l'ectoblaste secondaire a donné naissance à deux ensembles cellulaires distincts, le neuroectoderme (plaque neurale) et l'ectoderme (reste du feuillet dorsal).

#### **5.2. Gouttière neural**

A la fin de la troisième semaine (20<sup>ème</sup> jours), les bords de la gouttière se rejoignent et commencent à fusionner dans la partie moyenne du disque embryonnaire pour constituer le tube neural.

#### **5.3. Tube neural primaire**

Progressivement les bords de la gouttière neural se rapprochent, adhèrent et se fusionnent sur la ligne médiodorsal, les cellules fonctionnelles donneront naissances aux crêtes neurales.

#### **5.4. Tube neural secondaire**

C'est la fermeture de du tube neural, le système nerveux apparaît dès lors comme une formation tubulaire fermée comprenant une portion cylindrique étroite, le cordon médullaire qui donne la moelle épinière à l'intérieur du canal de l'épendyme issu de la cavité du tube neural, et une portion céphalique plus large caractérisée par un certain nombre dilatation, les vésicules cérébrales. (Sidi Sylia, 2008, p140-144).

### **6. Les différentes pathologiques embryogènes**

#### **6.1. Définition**

Les anomalies de fermetures du tube neural sont des malformations congénitales du système nerveux central qui se manifestent lors de la 4<sup>ème</sup> semaine du développement embryonnaire.

L'accident peut survenir a tout niveau de la plaque neural de l'extrémité céphalique à l'extrémité caudal et sur une étendue variable, accompagné pas des anomalies de méninge, des structures osseuses et de la peau, entraînant un spectre de pathologies diverses à expression clinique variable insignifiante, sévère, voire létale.

Les conséquences clinique dépendent ainsi à la fois de l'endroit de la lésion, son étendue, et des structures impliquées (méninges, tissu nerveux cérébral ou médullaire).

On distingue plusieurs types d'anomalies selon qu'elles touchent le tube neural céphalique ou médullaire. (A. Sophie Carabet, 2004, p22-25).

## 6.2. Tube neural céphalique

- **Craniochisis**

Absence total de fermeture du tube neural crània qui aboutit au remplacement du cerveau par ne de tissu nerveux indifférencié faisant saillie dorsalement.

- **Anencéphalie**

Absence de fermeture du neuropore antérieur, induisant l'absence du développement des hémisphères cérébraux et de la voute crânienne.

Les embryons anencéphales survivent très souvent jusqu'à la fin de la vie fœtale ou jusqu'à terme. Mais, inévitablement meurent dans les heures ou dans les jours qui suivent la naissance.

**Figure 1: Anencéphalie**



- **Exencéphalie**

Plus rare, elle se caractérise par l'absence partielle de la voute crânienne, et une masse cérébrale protruse, mal organisée, partiellement éversée et baignant dans le liquide amniotique.

- **CraniumBifidium« Encéphalocèle »**

Un défaut localisé d'ossification de voûte crânienne, provoque une hernie de méninges et du liquide céphalo rachidien (méningocèle) (ainsi que du tissu cérébral si l'ouverture est plus large (méningoencéphalocèle).

- **Iniencéphalie**

Caractérisée par l'absence de différenciation correcte du tube neural dans les régions occipitales, et spinales hautes. (H.EL- Houssine, M. Ismail, 2005, p45-49)

### **6.3. Tube neural médullaire**

#### **6.3.1. Myeloschisis ou Rachisis complet**

Absence totale de fermeture du tube neural postérieur ou rachidien. La gouttière neurale y est exposée à la surface de la peau, sans être recouverte ni d'un revêtement méningé, ni de la peau.

#### **6.3.2. Spina bifida**

Est la conséquence d'un déficit de fermeture du tube neural, caudal à la 4<sup>e</sup> paire de somites, survenant au cours de la 4<sup>e</sup> semaine. Ce défaut de fermeture, appelé dysraphie spinale, altère non seulement le développement du système nerveux central, mais également le développement des arcs vertébraux sus-jacent, résultant en une ouverture plus ou moins marquée du canal vertébral (spina bifida). (J.Rossant- Lumbroso, L.Rossant, N°4, p4-5).

Suivant le degré de déhiscence des arcs vertébraux et en fonction des structures impliquées, on distingue différents types de spina bifida, dont les conséquences cliniques peuvent être insignifiantes, sévères, voire fatales. Gardons

néanmoins à l'esprit que le point commun de tous les types spina bifida est l'absence de fusion des arcs vertébraux.

➤ Deux formes des Spina Bifida

La spina bifida occulta (=cachée)

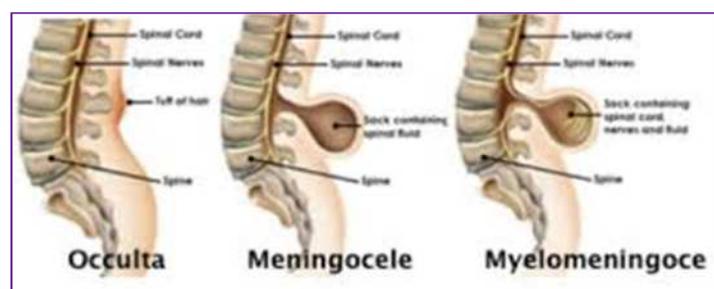
La spina bifida aperta (=apparente) :

- Méningocéle.
- Myélomeningocéle avec ou sans kyste.
- Myéloschisis ou rachichisis.

### 6.3.2.1. Spina bifida occulta

Est une pathologie très fréquente qui est souvent découverte de manière fortuite lors d'un examen radiologique ou lors d'un examen du dos. Cette affection est en général asymptomatique, parce que seule une altération des structures osseuses lors de la fusion des arcs vertébraux est présente, sans participation de la moelle épinière et des méninges. Le revêtement cutané est intact. Cependant, une touffe de poils recouvre parfois l'endroit de la lésion osseuse.

Figure 2 : Spina Bifida occulta



➤ Spina bifida associé à un kyste dermoïde

Il arrive qu'une fistule dans dans la région sacrale médiane soit à un kyste dermoïde, indiquant le site de fermeture du neuropore postérieur à la fin de la 4<sup>e</sup>

semaine. Le kyste représentant le dernier point de séparation entre l'ectoderme de surface et le neuroectoderme. La moelle épinière et les méninges ont une disposition normale sous la peau.

### 6.3.2.2. Spina bifida Aperta

Lors de spina bifida Aperta on met en évidence, outre la déhiscence au niveau des structures osseuses, des malformations au niveau des méninges et au de la moelle épinière. Le revêtement cutané peut être intact ou peut également manquer. La forme la moins grave est la méninocéle. Lors de cette malformation les méninges font protrusion au travers des arcs vertébraux déhiscent et se situent ainsi sous la peau

#### ➤ Méninocéle

Le fluide spinal et les méninges font saillie à travers une ouverture vertébrale anormale. La malformation ne contient pas d'éléments neuronaux et peuvent ou non être recouvert d'une couche de peau. Certaines personnes atteintes de méninocéle peuvent avoir peu ou pas de symptômes alors que d'autres peuvent éprouver des symptômes semblables à des défauts du tube neural fermés. (M.M.özek. G.Cinali, 2008, P60)

#### ➤ Myéloméninocéle

Ce sont non seulement les méninges, mais également la moelle (myelon) qui fait protrusion au travers des arcs vertébraux déhiscent. Ces structures alors visibles sous la peau sous la forme d'une

Figure 3 : Myéloméninocéle



voissure, il arrive que le revêtement cutané soit déficient, voire totalement absent.

➤ **Myéloschisis (rachischisis)**

Est la forme la plus grave de spina bifida aperta. La gouttière neurale y est exposée à la surface de la peau, sans être recouverte ni d'un revêtement méningé, ni de peau. Lors de cette malformation il y a absence de fusion du tube neural à la hauteur du déficit concerné.

### **6.3.2.3. Anencéphalie**

Un cas particulier de spina bifida est constitué par l'anencéphalie. Lors de l'absence totale de fermeture du tube neural on parle de craniorachichisis totalis. Si la malformation s'est produite au niveau crânial du tube on parle d'anencéphalie, cette anomalie est toujours mortelle. (Ibid ,67)

## **7. Etiopathogénie acide folique b9**

Les **TFTN** sont considérées comme des anomalies multifactorielles, résultat de l'interaction de divers facteurs, en particulier génétique et environnementaux. Toutefois, le mécanisme moléculaire impliqué dans lesquels surviennent les **TFTN** devrait permettre de mieux comprendre l'étiopathogénie des **TFTN** dans les années à venir.

### **7.1.Certains tératogènes responsables de TFTN**

#### **7.1.1. Les médicaments : (Levalpraote / dépakine)**

Cet anticonvulsivant, efficace et bien toléré, est souvent donné en première intention dans le traitement d'une épilepsie. Cependant, chez la femme enceinte, il est fortement tératogène : en particulier le risque d'induction de spina bifida est multiplié par un facteur 10. Les autres anomalies favorisées par le valproate

sont les malformations cardiaques, les fentes labiopalatines, les anomalies des membres, les anomalies musculo-squelettiques, cérébral, et les hypospadias. Il existe une dysmorphie caractéristique du Fetal Valproate Syndrome, ses enfants présentent souvent un retard de développement psychomoteur.

Le mécanisme physiopathologique par lequel le valproate provoquerait des Spina Bifida n'est pas totalement élucidé. Il interagirait avec le métabolisme des folates. C'est pourquoi une supplémentation par acide folique (5mg/jour) est recommandée en période Périconceptionnelle chez les femmes sous Dépakine, bien qu'elle ne soit pas suffisante pour annuler ce risque. Une altération du métabolisme du zinc par le valproate a aussi été évoquée. Enfin, le risque de TFTN chez la souris sous valproate serait diminué par la prise de vitamine E. Les concentrations sériques d'acide folique pourraient être affectées par le métabolisme d'autres médicaments. (A. Sophie, Carabet, 2004, p28)

## **7.2. Les toxique**

Pour mémoire rappelons le tabac, et les drogues (héroïne, LSD, amphétamines, cannabis), L'alcoolisme chronique est un facteur de risque de TFTN.

Dans ce contexte il existe habituellement une carence en folates, ainsi qu'un déficit d'activité de la méthionine synthèse.

Sur des embryons de souris en culture, l'exposition à l'alcool provoque jusqu'à 63% d'exencéphalie, taux qui est réduit par l'adjonction d'une enzyme avec des activités anti-oxydantes, la superoxydedismutases (SOD).

## **7.3. Les polluants de l'environnement**

Ils incluent les métaux lourds, le plomb, le mercure, le cadmium, le chrome, le nickel et l'arsenic.

#### **7.4. Les solvants organiques**

Représentés principalement par des membres de la famille des hydrocarbonées, aliphatiques et des glycos qui ont un effet tératogène sur les anomalies du système nerveux central (SNC).

#### **7.5. Les plastiques**

PVC (polyvinylchloride) et styrène qui provoquent des anomalies du SNC.

#### **7.6. L'exposition environnementale**

Multiple et non spécifique comme la pollution de l'aire, de l'eau potable, par les sites de déchets toxiques entreposés sans protection.

Tous ces produits sont soit cancérigènes, mutagènes, reprotoxique, tératogènes ou perturbateur endocriniens

#### **7.7. Les tératogènes biophysiques**

Rappelons le rôle des radiations ou des rayonnements ionisants. A plus de 100 mSv (milli-sievert), la radiation sont tératogènes : mort-nés, microcéphalie, retard mental, statural, modifications du sex-ratio. L'utilisation de munition à uranium appauvri dans les conflits militaires est génératrice d'anomalies graves de SNC (rachisisis, etc...). (A.donia, Z.nouara, 2014, p44-46)

### **8. les causes spina bifida**

La cause exacte de spina bifida reste un mystère. Personne ne sait ce qui perturbe la fermeture complète du tube neural, ce qui provoque une malformation de se développer. Les scientifiques soupçonnent que la cause est multifactorielle: génétique (chromosomique 21), la nutrition et les facteurs environnementaux jouent un rôle. Des études indiquent que la consommation

insuffisante de l'acide folique-B commune vitamine dans l'alimentation de la mère est un facteur clé dans l'apparition de spina-bifida et d'autres anomalies du tube neural. Les vitamines prénatales qui sont prescrits pour la mère enceinte contiennent typiquement de l'acide folique ainsi que d'autres vitamines.

### **9. les symptômes de spina bifida**

Les symptômes de spina bifida varient d'une personne à l'autre, selon le type et le niveau d'implication. Fermé anomalies du tube neural sont souvent reconnus ou identifiés tôt dans la vie en raison d'une touffe anormale ou touffe de cheveux ou d'une petite fossette ou birthmark sur la peau au niveau du site de la malformation vertébrale.

Méningocèle et myéломéningocèle impliquent généralement un sac rempli de liquide visible sur le backprotruding du canal rachidien En méningocèle, le sac peut être couvert par une mince couche de peau. Dans la plupart des cas de myéломéningocèle, il n'y a pas de couche de peau recouvrant le sac et une zone de tissu de la moelle épinière anormalement développée est habituellement exposée.(R .Bowman,V.Boshnjaku,2009,p80-83)

### **10. les complications de la spina bifida**

Complications de spina bifida vont de problèmes physiques mineurs à des handicaps physiques et mentaux graves. Il est important de noter, cependant, que la plupart des gens atteints de spina bifida ont une intelligence normale. Les enfants atteints de myéломéningocèle et / ou hydrocéphalie (accumulation excès de liquide céphalo-rachidien dans et autour du cerveau) peuvent avoir des difficultés d'apprentissage, y compris en faisant attention de difficulté, les problèmes de langue et de compréhension de la lecture, et la difficulté à l'apprentissage des mathématiques.

L'impact de Spina bifida est déterminé par la taille et la localisation de la malformation, si elle est couverte par la peau, et que les nerfs spinaux sont impliqués. Tous les nerfs situés en dessous de la malformation sont affectés à un certain degré. Par conséquent, plus la malformation se produit à l'arrière, plus la quantité de lésions nerveuses et la perte de la fonction musculaire et la sensation.

En plus de sensation anormale et une paralysie, une autre complication neurologique associée avec le spina-bifida est Chiari II, malformation-condition fréquente chez les enfants avec myéломéningocèle dans laquelle le tronc cérébral et le cervelet (hindbrain) font saillie vers le bas dans le canal ou le cou zone spinale. Cette condition peut conduire à la compression de la moelle épinière et causer une variété de symptômes, y compris des difficultés avec l'alimentation, la déglutition, contrôle de la respiration, la suffocation, et des changements dans la fonction du membre supérieur (raideur, un gonflement).

Chiari II malformation peut également conduire à un blocage du liquide céphalorachidien, ce qui provoque l'hydrocéphalie. L'accumulation de liquide exerce une pression néfaste sur le cerveau et la moelle épinière. L'hydrocéphalie est généralement traitée par l'implantation chirurgicale d'un shunt d'un tube creux dans le cerveau pour drainer l'excès de liquide dans l'abdomen.(H.Hillal,M.Ismail, 2005, p34-36)

Certains nouveau-nés avec myéломéningocèle peuvent développer une méningite, une infection des méninges. La méningite peut causer des lésions cérébrales et peut être mortelle.

D'autres problèmes tels que les allergies au latex, la peau dégradation de l'intégrité, troubles gastro-intestinaux, des troubles de la régulation du sommeil et la dépression peuvent se produire que les enfants atteints de spina bifida vieillissent.

## 11. Diagnostic

Dans la plupart des cas, le spina-bifida est diagnostiquée avant la naissance . Cependant, certains cas bénins peuvent passer inaperçues jusqu'à après la naissance (postnatal). Très formes légères (comme le spina bifida occulta), dans lequel il peut y avoir aucun symptôme, ne peuvent jamais être détectés.(T.Murakami et All,2013 ,p185-186)

### 11.1. Diagnostic prénatal

Les méthodes de dépistage les plus couramment utilisés pour chercher spina bifida pendant la grossesse sont deuxième trimestre (16e à la 18 e semaine de gestation) sérique alpha maternelle foetoprotéine (MSAFP) le dépistage et l'échographie fœtale. L'écran MSAFP mesure le niveau d'une protéine appelée alpha-foetoprotéine (AFP), qui est fait naturellement par le fœtus et le placenta. Pendant la grossesse, une petite quantité d'AFP traverse normalement le placenta et pénètre dans la circulation sanguine de la mère. Niveaux anormalement élevés de cette protéine dans le sang de la mère peuvent indiquer que le fœtus a un (pas la peau couverte) anomalie du tube neural "ouvert".

Le test MSAFP, cependant, ne sont pas spécifiques pour le spina-bifida et nécessite dates gestationnel correctes pour être plus précis; il ne peut pas déterminer avec certitude qu'il y a un problème avec le fœtus.

Le haut niveau de l'AFP est détecté, le médecin peut demander des tests supplémentaires, comme l'imagerie par ultrasons ou l'amniocentèse pour aider à déterminer la cause.

Amniocentèseest une procédure dans laquelle le médecin retire AD examine des échantillons de liquide à partir du sac amniotique qui entoure le fœtus. Bien que l'amniocentèse ne peut pas révéler la gravité de spina bifida, trouver des niveaux élevés de l'AFP peut indiquer que la maladie est présente.

Le deuxième écran MSAFP trimestre décrit ci-dessus peut être effectué seul ou dans le cadre d'un plus grand écran multi-marqueur. Écrans multiples marqueurs regardent non seulement pour les défauts du tube neural, mais aussi pour d'autres anomalies congénitales, y compris le syndrome de Down et d'autres anomalies chromosomiques. Écrans trimestre d'abord pour des anomalies chromosomiques existent aussi, mais des signes de spina bifida ne sont pas évidents jusqu'à ce que le deuxième trimestre. (Ibid., p186)

### **11.2. Postnatale Diagnostic**

Des cas bénins de spina bifida (occulta; fermé) pas diagnostiqués au cours des tests prénataux peuvent être détectés postnatale par rayons X lors d'un examen de routine. Les médecins peuvent utiliser l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou la tomodensitométrie (CT scan) pour obtenir une vue plus claire de la colonne vertébrale et vertèbres. Les personnes avec les formes les plus graves de spina bifida ont souvent une faiblesse musculaire dans leurs pieds, les hanches et les jambes. Le médecin peut demander un scanner et / ou X-ray du crâne pour chercher le liquide céphalorachidien supplémentaire à l'intérieur du cerveau.

## **12. Traitement spina bifida**

Il n'y a pas de remède pour le spina bifida. Le tissu nerveux qui est endommagé où perdu ne peut pas être réparé ou remplacé, et ne peut être rétablie la fonction des nerfs endommagés. Le traitement dépend du type et de la gravité du trouble. En règle générale, les enfants avec la forme bénigne ne nécessitent aucun traitement, même si certains peuvent nécessiter une intervention chirurgicale à mesure qu'ils grandissent. (S.Sylia, 2008, p15)

Les priorités premières clés pour le traitement de myéломéningocèle sont pour prévenir l'infection de se développer à travers les nerfs et les tissus exposés par le défaut de la colonne vertébrale, et de protéger les nerfs et les structures

exposées à un traumatisme supplémentaire. En règle générale, un enfant né avec le spina-bifida aura une intervention chirurgicale pour fermer le défaut et de minimiser le risque d'infection ou d'autres traumatismes au cours des premiers jours de vie.

Les centres médicaux sélectionnés continuent à pratiquer la chirurgie foetale pour le traitement de myéломéningocèle par un National Institutes of Health (protocole de gestion de l'étude Myéломéningocèle ou MOMS). La chirurgie foetale est réalisée in utero (dans l'utérus) et consiste à ouvrir l'abdomen de la mère et de l'utérus et la couture a fermé l'ouverture anormale sur la moelle épinière du bébé en développement. Certains médecins croient plus tôt le défaut est corrigé, mieux le résultat du bébé. Bien que la procédure ne peut pas restaurer la fonction neurologique perdue, il peut éviter des pertes supplémentaires de se produire.

Il y a des risques pour le fœtus, ainsi que pour la mère. Les principaux risques pour le fœtus sont ceux qui peuvent se produire si l'opération stimule l'accouchement prématuré, comme l'immaturité d'organes, une hémorragie cérébrale, et la mort. Les risques pour la mère comprennent l'infection, la perte de sang conduisant à la nécessité d'une transfusion, le diabète gestationnel, et le gain de poids dû au lit de repos.(P.Parker,J.Parker,2004,p26-7)

Certains enfants auront besoin de chirurgies subséquentes pour gérer les problèmes avec les pieds, les hanches ou la colonne vertébrale. Les personnes souffrant d'hydrocéphalie exigent généralement des interventions chirurgicales supplémentaires pour remplacer le shunt, qui peut être devenu trop grand ou devenir obstrué.

Certaines personnes atteintes de spina bifida nécessitent des dispositifs de mobilité d'assistance tels que des accolades, des béquilles ou en fauteuil roulant. La localisation de la malformation de la colonne vertébrale indique souvent le

type de dispositifs d'assistance nécessaires. Les enfants ayant un défaut élevé sur la colonne vertébrale et plus étendue paralysie souvent besoin d'un fauteuil roulant, tandis que ceux avec un défaut plus bas sur la colonne vertébrale peut être en mesure d'utiliser des béquilles, cathérisations de la vessie, attelles ou marcheurs. Début des exercices spéciaux pour les jambes et les pieds à un âge précoce peut aider à préparer l'enfant à marcher avec des accolades ou des béquilles quand il ou elle est plus âgée.

Le traitement des problèmes urinaires et intestinaux commence généralement peu après la naissance, et peut inclure des cathétérismes de la vessie et des régimes de gestion de l'intestin. (D.Kenneth, 2001,p13)

### **13. L'importance de l'acide folique**

L'acide folique, également appelé acide folique, une vitamine est importante dans le développement d'un fœtus en bonne santé. Bien que la prise de cette vitamine ne peut garantir d'avoir un bébé en bonne santé, il peut aider. Des études ont montré qu'en ajoutant de l'acide folique à leur régime alimentaire, les femmes en âge de procréer réduisent significativement leur risque d'avoir un enfant avec une malformation du tube neural, comme le spina-bifida. Par conséquent, il est recommandé que toutes les femmes en âge de procréer consomment 400 microgrammes d'acide folique par jour. Les aliments riches en acide folique comprennent les légumes vert foncé, les jaunes d'œufs, et quelques fruits. De nombreux aliments tels que des céréales pour petit déjeuner, les pains enrichis, les farines, les pâtes, le riz et d'autres produits céréaliers-sont maintenant enrichis en acide folique. La plupart des multivitaminées contiennent cette dose recommandée d'acide folique.(A.Sophie,2004,p40)

**Conclusion**

Les femmes qui ont un enfant avec le spina-bifida, ont le spina-bifida eux-mêmes, ou ont déjà eu une grossesse affectée par une anomalie du tube neural sont plus à risque (entre cinq et 10 pour cent de la population générale) d'avoir un enfant avec le spina bifida ou une autre anomalie du tube neural. Ces femmes peuvent bénéficier de la prise d'une dose quotidienne plus élevée d'acide folique avant de devenir enceinte.

La prise en charge doit être précoce et pluridisciplinaire afin d'améliorer le pronostic fonctionnel de ces enfants leur permettant ainsi une insertion sociaux professionnel. La prévention par la prise de l'acide folique avant même la conception, demeure le moyenne le plus sûr pour diminuer significativement la survenus de ces maladies.

La prévalence des cas de Spina Bifida d'après le service neurochirurgie de la W.Bejaia affirme que le nombre atteints de 82 cas, ce qui nécessite la sensibilisation des femmes sur la prise de l'acide folique.

# *Chapitre IV*

## *Cadre méthodologique*

## **Préambule**

Pour réaliser une recherche il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée ; avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation.

Dans ce chapitre on va présenter la méthode selon laquelle on a procédé notre recherche, le terrain et la population d'étude ainsi les outils de recherche qu'on utilisés

### **1. Opérationnalisation des concepts**

#### **1.1. Le trauma**

Est un choc subi suite à un évènement inattendu

#### **1.2. Spina bifida**

Une maladie qui se présente d'une boule soit au niveau au bas dos, soit derrière la tête

### **2. Pré- enquête**

On a effectué notre pré-enquête aux niveaux de deux lieux, le premier est le service de neurochirurgie à l'hôpital de Bejaia de Aarmriw, et le deuxième est l'association des parents des enfants spina bifida.

Cette étape nous a permis de recueillir des idées et des informations sur notre thème de recherche qui sert à tracer un portrait du contexte dont lequel s'insérera l'étude, ce qui permet de mieux cibler le sujet et s'assurer de la fiabilité de notre recherche par apport à l'existence de notre échantillons d'études , la pertinence des hypothèses , la théorie référentielle et les conditions d'étude .

On a débuté notre travail de recherche par une pré-enquête qui nous a permis d'effectuer un certain nombre d'observation de la situation clinique , elle nous aussi permis de prendre note sur les particularité et le mode de fonctionnement des deux lieux de recherches .on a effectué les entretiens avec des parents ayant un enfant porteur spina bifida à l'aide des médecins et professeur traitant au niveau de l'hôpital et les psychologues au sein l'association .on a procédé de manière identique pour tous les sujets .

On s'est présenté comme stagiaires psychologie dans le cadre d'une recherche pour la préparation de notre mémoire de fin cycle, en suite nous avons informé les parents de notre démarche pour effectuer un entretien et administrer un teste (ROSCHACH), nous les informant notamment que les résultats vont être utilisé dès de recherche toute en gardant leurs anonymats

### **3. Présentations des lieux**

Notre recherche a été réalisé à partir de la date de 17 /12 /15 / au /30/05/06 sur une durée de mois dans un hôpital de aamriw a Bejaia et l'association des parents ayant des enfants porteur spina bifida a la cité ecotex Bejaia

#### **3.1. L'hôpital**

Comprend les différents services tels que service neurochirurgie là on a effectué notre stage qui se compose des chambres des malades, salle du bloc opératoire, une salle du colloque, une salle de cuisine, l'accueille de service et bureaux de secrétariat et médecin

#### **3.2. L'association**

S'installe dans un appartement F5 qui se comprend le bureau de président, le secrétariat, bureau des psychologues, une salle des jeux salle d'attente, salle de bain et une chambre pour se détendre.

Et comme projet pour l'association : construction d'un jardin d'enfant avec des jeux éducatif recruter des éducatrices afin de mieux prendre en charge les enfants malade et aider les parents en situation de besoin.

#### **4. la méthode clinique**

La méthode clinique fait appel à des techniques spécifiques (entretien, études de cas, test projectif...) utilisée dans le cadre de la pratique de clinicien. (B.gaillard, 2000, p20).

Elle envisage « la conduite dans sa perspective propre, révèle ainsi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en rétablir les conflits qui motivent ; les démarches qui tendre à résoudre ces conflit faire » (KH.Checheraoui, H. Benouny, 2003, p11)

« La méthode clinique devient donc une méthode d'approche des phénomènes humain ; la méthode de cas par cas, au mieux, la méthode de un par un, dans la mesure où cas, en latin encore au malade « casus », celui qui est tombé ». (B.Robinson, 2005, p16).

Notre travail a pour objectif la description de trauma chez les mères ayant des enfants porteur de spina bifida, à savoir l'impact et le retentissement de cette maladie. Il se fonde sur une étude qualitative descriptive dans le support et la réalisation et l'analyse d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de ces femmes. Les entretiens constituent donc le support principal de notre étude.

##### **4.1. Études de cas**

L'étude de cas consiste « en la description d'un cas intéressant, soit pour venir en illustration d'une théorie , soit pour mettre en évidence un fait nouveau ou une observation inattendu (...) un de ces attrait est d'offrir l'opportunité de

description clinique exhaustives, faisant intervenir autant d variables que souhaitable en fonction de la complexité de la situation clinique ou encore en distant ces variables au cour de temps ». (F.Coquet, Al, 2008, p97).

C'est une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre les phénomènes et contexte ne sont pas clairement évidentes et pour lesquelles de multiples sources d données sont utilisées. Elle met l'accent sur la compréhension des dynamiques présente au sein d'un environnement unique, elle se limite à un domaine d'investigation bien spécifique, elle permet la récolte des données très diverse. Elle se justifie par la complexité de problèmes à étudier. (M. Hladyrispal, 2002, p48)

### 5. Groupe d'étude

On a choisi d'interroger des mères qu'on ne connait pas auparavant pour avoir des résultats fiables. Notre é groupe d'étude est composé de six cas qui ont un enfant porteur de spina bifida qui sont présenté dans le tableau suivant :

Cas	Prénom	Niveau d'étude	Situation familiale	type de maladie	Age
1 <sup>er</sup> cas	Hayette	primaire	Mariée	Myéломéningocèle	38 ans
2 <sup>ème</sup> cas	Akila	Primaire	Mariée	Myéломéningocèle	36 ans
3 <sup>ème</sup> cas	Meriem	Primaire	Mariée	Myéломéningocèle	46ans
4ème cas	Hassiba	Universitaire	Mariée	Myéломéningocèle	40 ans

5 <sup>em</sup> cas	Siham	Secondaire	Mariée	Méningocèle	33 ans
6 <sup>em</sup> cas	Dahbia	Secondaire	Mariée	Méningocèle	35 ans

**Tableau n°3** : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe d'étude

Un tableau récapitulatif représente le groupe de notre recherche compensée de six cas qui contient les éléments suivant : prénom, niveau d'étude, et le type de la maladie, les quatre premiers atteints de type grave de Spina Bifida (Myéломéningocèle), et les deux derniers sont de type B Méningocèle, par contre on 'a pas pris en considération ni l'âge de leur enfant ni la situation professionnelle et économique des mères, mariées ou divorcées .

## 6. Outils de la recherche

Pour évaluer notre question de recherche il nous a semblé pertinent de réaliser un entretien semi-directif et de pratiquer un test de rorschach auprès des mamans ayant un enfant porteur de spina bifida .on a choisi l'entretien semi directif car il permet de guider la personne interrogée tout en la laissant s'exprimer librement et de collecter des données concernant notre thème de recherche afin de confirmer ou affirmer nos hypothèses.

### 6.1. Entretien clinique

L'entretien est une situation d'échange verbale entre deux ou plusieurs personnes dans le but d'obtenir des informations .il consiste à une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie .permettent de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie qui a conduit à l'examen mettent les sujets dans une situation particulière .l'entretien est un

dispositif de base en psychologie clinique à la fois outil de diagnostic ,outil de thérapie et de soutien .c'est lui qui permet d'accéder à la représentation du patient , à ses émotions et son vécu .il prend en compte tous les aspects originaux ,en amnésiques et actuels de problème posé par le sujet . il existe différent type d'entretien mais dans le cadre de notre recherche et vu les qualités des informations recherchées on a opté pour l'entretien semi directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés , ce dernier implique la disposition du chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont au moment opportun de l'entretien clinique , par exemple à la fin d'une séquence d'association . (Chahraouikh, Benouny, 2003, p143)

L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit . (Chahraouikh, Benouny, 2003, p143)

Ce type d'outil permet au-delà d'obtenir des informations , l'opinion , les sentiments des femmes interrogées , d'approfondir des points importants en fonction du déroulement et chaque entretien , de comprendre et ressentir la détresse et la tristesse de ses femmes et d'obtenir de bonnes réponses :

Notre entretien semi-directif porte sur un certain nombre d'axes qui sont identifiés dans un guide d'entretien

On a donc mis au point un outil d'enquête constitué de questions en abordant successivement 6 axes :

### **Axe n°1**

Contient des renseignements personnels : Nom, âge, niveau d'instruction, situation socio-économique

**Axe n°2**

Le déroulement de la grossesse et la perception des parents composé de quatre(04) questions, l'objectif de cet axe est de découvrir la relation de couple pendant la grossesse et leur désir d'une meilleure image de leur enfant.

**Axe n°3**

Englobe des questions sur l'histoire de trauma

**Axe n°4**

Les réactions des parents envers la maladie spina bifida .l'objectif de cet axe est de reconnaître les différentes réactions de la mère envers son enfant porteur du spina bifida

**Axe n°5**

Le retentissement de la maladie de leur enfant dans la vie quotidien

**Axe n°6**

Le mode de vie vers l'avenir dans le but de savoir les préoccupations à suivre et les modalités à tenir au future .cet axe est composé de cinq (05) questions

**6.2. Test de rorschach**

C'est un outil clinique d'évaluation psychologique de type projectif élaboré par le psychiatre et le psychanalyste « HERMANE RORSCHACH en 1921 » le test de rorschach en tant test de structure, permet de différencier les trois grands organisations psychique : névrotique , psychologique et limites, d'analyser les défenses, une analyse fine de la nature de la relation d'objet grâce à une quantification de la grille de représentation de soi .(Rausch de traubenberg et A.Sanglad,1994,p40)

C'est un test de personnalité qui répond à notre objectif de recherche car il permet d'appréhender le fonctionnement psychologique d'un individu en regardant certains de ses composants fondamentales. Telle que le type d'appréhension cognitif, le rendement intellectuel général, le mode d'expression habituelle des affectés, la manière de ressentir les réactions interpersonnelles ou encore les problématiques individuelles. (Sazioukk, p22)

### **6.2.1. Le matériel**

Le test se compose de dix images figurant chacune sur un support cartonné communément appelé « planche » les images sont en fait des taches d'encre symétrique, chaque est numérotée de I à X :

#### **Planche I**

Sur le plan formel est fermé compacte et sur le plan sensoriel elle est noire et des taches blanches, sur le plan latent les difficultés de mise en train cachent une relation d'objet initialement traumatisante, ces relations archaïque ce rapportent bien évidemment à la mère. En fonction du contenu, elle infère le degré de perturbation cette planche I est donc l'archétype de la femelle fonctionnelle. L'objet renvoi à l'adaptation de sujet à des nouvelle situation, ce qui peut faire revivre l'expérience d'un premier contact avec un objet inconnu cette planche sollicite des images évocatrices des relations précoce avec le premier objet

#### **Planche II**

Sur le plan formel est ouverte bilatéral sur le plan sensoriel rouge, noire et blanc et sur le plan latent représentait le monde archétypique des forces opposées, la différenciation mal-femelle. Cette image se retrouve dans la vue latérale de l'un de grands détails de la planche, la planche II, exprimerais aussi tous les efforts de l'homme paléolithique pour se différencier de la femelle

toutes- puissantes. Elle renverrait aux mystères masculin parce qu'elle représente tous ce que l'homme a trouvé pour se différencier de la femme menaçante par sa capacité d'engendrer. le sujet est appréhendé dans ses représentation les plus archaïque, comme un tout éclaté ; la lacune médiane est ressentie comme un vide interne, faille corporelle fondamentale. La planche renvoie plutôt à une problématique de l'angoisse de castration

### **Planche III**

Sur le plan formel ouvert est bilatéral, sur le plan sensoriel noire, gris, rouge, sur le plan latent est considérée comme celle de l'ambivalence sexuelle. Une importance considérable est accordée à certains détails habituellement fondus dans un contexte, on trouve des correspondances dans certaines images paléolithique et même dans un vase grec beaucoup plus récent ou l'on voit une figure féminine nue portant dans ses bras un énorme poisson ,elle met l'accent sur le processus d'indentification sexuel, sa bisexualité manifeste (personnages pour vus de sein et de pénis rend parfois difficile un choix fermement déterminé, les conflits peuvent apparaitre, le sujet se sentant travail entre des tendances contradictoire sans possibilité de résolution de ce déchirement

### **Planche IV**

Sur le plan formel est fermé, compacte, sur le plan sensoriel noire blanc et sur le plan latent elle est celle de l'énergie masculine à caractère par-triarcal, a rapproché des gros bisons sombre de Lascaux c'est l'aspiration à la toute-puissante, au géant, c'est l'archétype du Dieu le père. plutôt évocatrice d'image de puissance ; ça « massivité » sa construction, ses qualités sensorielles en fan une planche à symbolise phallique, c'est une planche paternel.

**Planche V**

Sur le plan formel est fermé, compacte, sur le plan sensoriel noire et gris sur le plan latent pose le problème de la confrontation de deux mondes, l'un réaliste, concret, banale, l'autre fantastique réelle et effrayant, est considéré comme celle d'identité et de la présentation des sois. Elle renvoie à une problématique identité au sens psychique de terme, a la notion de « self » plutôt que simplement le schéma corporelle.

**Planche VI**

Sur le plan formel est fermé compacte sur le plan sensoriel noire et gris, sur le plan latent est indicatrice de masculinité fonctionnelle, considéré comme porteur du symbolise sexuel. La bisexualité caractérise cette planche puisqu'elle a également une sensibilité passive, réceptive associé à des images sexuelles féminines « en particulier dans sa partie inférieur » (C. chabert, 2004, p48)

**Planche VII**

Sur le plan formel ouvert, bilatéral, sur le plan sensoriel noire, blanc, gris, sur le plan latent n'a jamais démenti sa résonance essentiellement marelle, justifier « objectivement » par sa configuration on crut par l'étendu de l'interprétation du blanc et du gris. On découvre tous les modalités possibles des relations a l'image maternel, des plus archaïque aux plus évoluées ; symbiotique.

**Planche pastel VIII, IX, X**

Sur le plan formel compacte, bilatéral, sur le plan sensoriel pastel et sur le plan latent : son des planches qui exprime l'émergence d'émotion et d'affect et permettent par-là de saisir de rapport que le sujet établit avec son environnement .il est difficile pour tant de dégager l'appel spécifique de la planche.

On reconnaît que la planche « VIII » reste la planche « des contacts avec le monde extérieur » que la planche « IX » favorise les références.

Parmi ces planches, cinq sont de couleurs grises plus au moins foncées. Deux intégrant le rouge et trois sont composées de couleurs pastel

### **6.2.2. La consigne**

« Je vais vous montrer dix planches et vous me direz à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces places »

### **6.2.3. La passation**

Effectuer un entretien clinique préalable, s'assurer à l'accord du sujet et fixer les rendez-vous nécessaires à la passation du test, toutes les réponses du sujet, ces commentaires, son comportement « posture, mimique » doivent être prêts.

La durée des réponses pour chaque planche est et le temps de latence qui s'écoule entre la présentation de la planche et la 1<sup>ère</sup> réponse affective donnée par le sujet : tous les changements dans la position de planches : droite inversé latéral ou être attentif au mode de verbalisation « style, structurer de la longue ... »

La position côte à côte, ou angle droit, mais jamais de face à face, être un peu en décalage par rapport au sujet. La position à 90° d'angle par rapport au sujet peut permettre cette observation non intrusive, tant des réactions d'ensemble du sujet face au matériel (Pierre Debroux, 2009, p.22)

### **6.2.4. Enquête**

Consigne (Chabert, 1997) : « nous allons maintenant reprendre les planches ensemble, vous essayeriez de me dire de ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué. Bien entendu, s'il vous vient d'autres idées vous pourrez m'en faire part ».

Enquête aux limites quand le sujet n'a jamais utilisé un déterminant important (couleur, kinesthésie, localisation, détail) ou il n'y a pas une réponse habituelle ou particulier a planche trois « deux personnages » et a la planche cinq « une chauve-souris » on peut l'inviter explicitement a la faire a fin déterminer s'il s'agit d'une exigence ,d'un blocage passager et surmontable ou d'une incapacité physique ou fondamentale .

### **6.2.5. Cotation**

Plusieurs éléments vont donc influencer les réponses : la forme de la tâche, sacouleur, son aspect stable ou instable, net ou diffus, sombre ou clair, massif, ou dilué, unitaire ou découpé en détaille plus au moins prégnant, les réponses Rorschach représentant un précipité d'élément divers.

Elle requiert le présent compte de 4 éléments (localisation, déterminant, contenu)

### **6.2.6. Psycho gramme**

Présente le résumer de protocole comprenant en plus de regroupement des données de la cotation , des éléments qualitatif particulier , exclamation, remarque ou critique du sujets, refus de planche . On relève aussi le choix par le sujet de deux planches préférées et de deux les moins aimées. (FernNevjinsky, 1996, p24).

## **7. Procédure de recueil de données**

### **7.1. Conditions de déroulement de la pratique**

Les entretiens ont très souvent été à l'association des parents des enfants porteurs Spina bifida. Le contacte avec nos patients a été, par l'intermédiaire du directeur de l'association, au premier lieu, puis, de notre parts, nous les appellerons pour fixer un rendez-vous avec eux qui les arrangent. Aussi même

se déplacer chez eux à leur domicile, une fois ils ne sont pas disponible pour venir au siège de l'association. En tenant compte du programme de l'association, qui est chargé avec plusieurs options, tels que contrôles médicaux, des séances psycho-orthophonique, la rééducation, apprendre le coran.

Nos entretiens ont été difficilement déroulées, vu le manque de pièces a l'association, parfois même les patientes se précipitent d'y rentrer chez eux par pression de leurs maris ou par cause qu'ils habitent loin et parfois sont dérangées par leur enfants, Comme aussi on a fait des entretiens avec des patientes à l'hôpital, et l'indisponibilité de test de rorschach, on les a perdus, et leurs enfants sont morts à la suite, s'été donc une autre cause empêchant notre fin de travail.

Pour les réactions de nos patientes par rapport au test de rorschach, elles sont diverses, y a celles qui acceptent facilement par curiosités, et celles qui sont hésitantes au début, et celles qui acceptent mais verbalisent après avec colère. On a effectué nos entretient avec deux langues ; français et kabyle.

## **7.2. Etapes de déroulement de la pratique**

Notre pratique s'est déroulée par étapes suivantes

-La première c'est la prise de contact avec nos patients par l'intermédiaire du directeur de l'association.

-La deuxième c'est de s'arranger avec nos patients suite un programme adéquat à leurs disponibilités. Par contre à l'hôpital le contacte avec nos patientes été directe.

-La troisième étape est consacrée pour l'administration du test du rorschach, une phase qui nous à permet de retirer les processus intrapsychiques, causés par le trauma et le retentissement, que ses patientes ont développées. Après avoir

installé cote à cote comme l'indique le test, on a commencé à monter les planches les uns après les autres.

La durée des réponses doit être prise, chaque geste, mimiques, pivotations de la planche, a durée moyenne du test était d'une heure.

## **Conclusion**

Afin d'étudier le trauma et son retentissement chez les femmes porteurs de SPINA BIFIDA et de récolter des données qui vont nous permettre d'affirmer notre hypothèse, on s'est basé sur la méthode clinique qui est l'étude de cas, on a utilisé deux utiles de recherches qui sont l'entretien semi directif et le test de rorschach.

La passation des entretiens et l'administration de test rorschach nous a permis de récolter les données nécessaires pour notre recherche. Ces dernières seront présentées et analysées dans le chapitre suivant.

# *Chapitre V*

## *Présentation et analyse des résultats*

**qA1. présentation et analyse du 1<sup>er</sup> cas « Hayet »****1.1. Présentation et analyse de l'entretien du 1<sup>er</sup> cas « Hayet »**

Hayet, est une femme mariée, âgée de 38 ans, de niveau élémentaire, de situation socio-économique moyenne .elle mère de 02 enfants porteurs Spina bifida.

Quand nous avons sollicité Hayet, qui a accepté un entretien, avec nous, elle a vite collaboré à notre série de questions, après l'avoir convaincu que cet entretien restera anonyme, elle a fini par coopérer. Ainsi elle s'est livrée à elle-même entamant son parcours quant à l'histoire véritable tellement émouvant, qu'elle voulait tout raconter à la fois.

En abordant le sujet de son enfant porteur Spina Bifida, elle s'est bloquée, tête baissée, yeux larmoyants, mains serrées, lâchant des soupirs. Hayet a préféré nous parler sur son premier enfant avéré atteint aussi de Spina bifida, décidé après deux mois de sa naissance, avant qu'il soit opéré.

Pendant cette grossesse, Hayet s'est préoccupée des préparations de trousseau de son fils à naître, elle était joyeuse en espérant un enfant sain et sauf. Après quelques visites gynécologiques faites par Hayet, elle arrêté d'y partir, que 5eme mois, elle reprit avec son gynécologue traitant, vu qu'elle a senti que son bébé ne bougeait pas, avec de douleurs au ventre. Celui-ci l'assura que son bébé supporte bien, et qu'il n'y a pas crainte de s'inquiéter .mais seulement qu'il y a de l'eau dans sa tête.et c'est sans gravité, sans lui donner des explications, ou comment s'appela la maladie. En lui disant qu'elle doit suivre ses visites régulièrement chez un autre médecin, car, lui il sera absent pour une période. Mais Hayet n'a pas suivi les conseils de son médecin, tellement elle pensait vraiment que ce n'est pas grave, un sentiment eu, d'après l'assurance du gynéco. Après le 7eme mois de grossesse, coïncidant avec le retour de son médecin traitant, Hayet est partit le voir, et là, il lui expliqua la maladie de son fils, et

qu'il naitra handicapé, il peut survivre avec plus de chances si l'intervention chirurgicale réussie. Prenant connaissance de l'évolution de son bébé, Hayet, est choquée bloquée, et plonge dans un état de déception se mettant à pleurer. Quand on lui a demandé sa réaction, après un bon moment, elle s'est confiée à nous, que c'est effrayant, choquant fondue en larme, ne voulait pas accepter la réalité de la grossesse, qu'elle décide d'avorter. Mais son gynéco lui a dit, que c'est péché, et trop tard. Hayet disait qu'elle voyait tout noir sans prêter l'attention à ce que le médecin lui disait, le tremblait et pleurait sans cesse. Au retour de la visite médicale, Hayet n'a rien dit à sa belle-famille, elle a dit, que son mode de vie quotidien est influencé par l'annonce, même son mari ressenti ce choc, d'après hayet, il resté tout une semaine silencieux, triste, déprime, mais il a fini par m'encourager et me soutenir, en me disant que c'est le destin il faut continuer avive avec. Mais pour

Hayet c'est inacceptable à l'admettre, sans cesser de poser tas de questions, sur ce qu'il arrive, « pourquoi-moi, Ai –je fais du mal à quelqu'un, pour que je sois punie ? » Elle se renferme dans sa chambre et elle se replie sur soi-même elle n'arrivait pas de dormir, à force d'y penser. Hayet est resté dans cet état jusqu'à son accouchement, qui a été par césarienne.

Une fois réveillée elle a vu le visage de son enfant, elle a dit qu'il été beau, mais en regardant ses jambes malformées, elle s'est choquée, et rentrée dans l'inconscience, elle souhaitait s'il mort et qu'elle va mourir avec lui.et que le cauchemar va commencer doublement, avec les membres de sa belle-famille, qui la rendent coupable, maudite voir indésirable, et elle est le porte-parole du diable, telles sont les critiques venants par ses belles sœurs.

Après 22 jours de naissance de l'enfant, Hayet et son mari, sont partis à Tizi Ouazou, pour programmer l'opération, pour faire la valve à leur enfant. Pendant le séjour, Hayet prenait soin de son enfant, l'allaitait, le prenait soigneusement

dans ses bras, mais l'enfant pleurait souvent, car il présentait des problèmes de glaires, respiratoires. Finalement l'enfant est décidé avant qu'il soit au moment de l'enterrement, Hayet recevait encore les critiques de sa belle-famille, qui la culpabilise à nouveau du handicap de son fils. Ce qui augmente chez elle la tristesse et le choc. Hayet disait qu'elle confie ses soucis à sa mère, qui se sent coupable des problèmes de sa fille et ses conflits qu'elle vivait avec sa belle-famille, parce qu'elle a poussé à accepter leur sollicitation à devenir épouse de leur fils, sachant que l'une de ses belles sœurs, la choisit pour son frère. « je voulais m'enfuir mais ma mère me disait, non, il faut que tu patiente, mais tu as un mari qui te soutient, tu dois rester pour lui. »

Après 6 mois Hayet fait une fausse couche, pendant le deuil de sa mère, suite à sa mort. Ce donne l'occasion à ses belles sœurs de lui culpabiliser à nouveau d'être fautive, et c'est programmé, comme quoi elle sait déjà d'avance qu'il sera un enfant handicapé, pareil que son frère.

En réponse à notre question si elle se défend face à leurs jugements agressifs, elle a dit : « non, je ne suis pas forte pour les remettre à leur place, car j'ai peur qu'elles me font mal, et face à ces événements traumatisants qui se succèdent, je me disais, oui, peut-être c'est vrai je suis la cause ». Ce qui a poussé son mari, a cherché à se déménager et s'éloigner de ce climat qui ne cesse d'augmenter les conflits et le trauma.

Après 3 ans, Hayet et son mari décident de faire une autre grossesse, mais oubliant de se soigner avant d'être enceinte, comme la déjà conseiller son médecin de le consulter 6 mois avant de programmer une grossesse, et c'est de prendre l'acide folique. Hayet est partie se consulter, après un mois de sa grossesse, au bout de 5 mois elle ressentie les mêmes symptômes que sa 1ère grossesse, elle préfère donc de changer le médecin, qui lui a annoncé lors de la consultation, que son enfant porte de l'eau dans sa tête. A ce moment la

Hayet disait qu'elle s'est évanouie par terre, et ça été la même chose pour son mari, une fois il a su, il s'est lâché par terre et resté choquée.

Pour le reste de temps de la grossesse, Hayet refaisait de manger en disant : « pour quoi manger au temps que je mis au monde des enfants handicapés ? ». Elle se rappelle de l'image de son 1er enfant, et voilà les mémés sentiment des pleurs et dépression qui reviennent.

A l'accouchement, Hayet demanda voir son enfant, directement elle regarda ses jambes, qui semblent bien et normaux, et voilà Hayet contente malgré la boule derrière le dos de son fils. Il a cri tout de suite. Elle pleurait juste à la sortie des visiteurs, elle évitait de parler aux gens, sauf son mari.

L'enfant a été hospitalisé pendant 15 jours pour lui faire nécessaires de contrôles radios et analyses et pour programmer son opération, qui s'est tardée par cause des grèves à l'hôpital. Une fois fait la valve les médecins on expliqués a Hayet les complications à la venir de l'enfant, tel que : une partie unie latérale qui restera immatures, malformation hydrocéphalie.

Il a eu sa position assise et non acquisition de la marche, tardivement il a besoin d'aide de le tenir, actuellement il est scolarisé, il présentait quelques problèmes de mémoire, fatigue, besoin d'accompagnement, de soins.

Ce qui fait que cet enfant occupe une partie importante des taches de la maman, en abondant en quelques sortes de deux filles qu'elle a eu après, elles se sentaient jalouses de leurs frères handicapé, au point de le frapper. Hayet cherche encore sur la maladie de Spina bifida, pour mieux s'informer et aider son fils malade a la venir, malgré son inquiétude qui ne cesse pas .Hayet rajoute à la fin que sa belle-famille s'est pas présenter pour lui rendre visite, à ce jour ils n'ont pas vus son enfant malade .par honte et par apport que je suis inutile qui donne naissance aux enfants handicapés.

**Synthèse de l'entretien de cas « Hayete »**

A la fin de notre entretien avec Hayete nous éprouver qu'elle manifeste toujours des signes de trauma et choc et l'image narcissique qui confirme d'après ses expressions « Ai- je fais du mal à quelqu'un, pour que je sois punie ? », comme on a remarqué les signes d'inquiétudes et de la honte que sa belle-famille ils n'ont pas vu son fils qui signifie le sens de culpabilité vis-à-vis a sabelle famille

**1.2. Présentation et analyse de test de rorschach de 1 er cas**

PL	Texte	Enquête	Cotation
<b>I</b>	<p>^ 8 ” Je ne peux pas voir cette image, je n'aime pas la couleur, c'est horrible comme image, en dirais 1- 'c'est un monstre ' 1'.10”</p>	<p>^ Toute la planche Je n'aime pas du tout en dirais c'est un monstre Je n'aime pas, ça me rappelle le visage de ma belle-sœur, voici ses 4 yeux Ddbl F + Hd</p>	GF+ Clob
<b>II</b>	<p>^ 20 ” 2-c'est des chiens qui s'entendent bien La planche est lumineuse qui donne l'espoir 35 ”</p>	<p>^ Toute la planche Toujours la même chose, des chiens qui sont d'accords toute la planche</p>	GF+ A Ban

<p><b>III</b></p>	<p>√ 15'' 3-Deux dames ou deux enfants handicapées mal positionné  4-dirais c'est mon fils malade 1'.30''</p>	<p>Λ√  toute la planche je vois toujours deux femmes handicapées qui se ressemblent.  Partie noire inférieur médiane</p>	<p>G K H  DF-H</p>
<p><b>IV</b></p>	<p>√ 14'' 5-deux femmes incompréhensive je n'aime pas la couleur me fait peur. Ça me rappelle mes belles sœur méchantes  6- le haut de la planche à droite c'est des gens qui me surveillent quand je sors avec mon fils  7- deux têtes de chiens sur les deux cotés 1'.50''</p>	<p>Λ  toute la planche toujours deux femmes incompréhensives.  la moitié supérieure  partie latérale inferieure</p>	<p>GF+H  D Kan A  GF-Ad</p>

<p><b>V</b></p>	<p>∨ 3'' 8-c'est un oiseau ou une chauve-souris, qui fait peur 28''</p>	<p>∧ toute la planche même chose une chauve-souris</p>	<p>GF+ A Clob</p>
<p><b>VI</b></p>	<p>∧ 42'' 9- deux petits enfants ou deux bébés tristes malheureux qui me font rappeler mon enfant avec sa spina, je n'aime pas du tout 10- Les deux têtes bébés en bas en dirait c'est des jumeaux attachés au ventre de leurs maman, mal formés, en dirais c'est mon fils malade 3'.46''</p>	<p>∧ les deux grandes moitiés latérales qui sont des bébés tristes portion latéral inférieur</p>	<p>GKH  Dd F+ Hd</p>
<p><b>VII</b></p>	<p>∧ 12'' 11- des animaux sont des chiens  12- des animaux qui chantent, dansent voici leur front 1'.50''</p>	<p>∧ toute la planche toujours des chiens que je vois.  partie inférieur du 1<sup>er</sup> tiers</p>	<p>G F+ A  DF+A KAN</p>

<p><b>VIII</b></p>	<p>√ 22''</p> <p>13-des petits chiens beaux souriant</p> <p>14- en haut 'est le sexe d'une femme qui est moche</p> <p>2'.29''</p>	<p>Λ</p> <p>toute la planche</p> <p>Je vois des petits chiens qui sont heureux souriants</p> <p>Le gris en haut</p>	<p>G kan A</p> <p>DF- SEX</p>
<p><b>IX</b></p>	<p>√ 43''</p> <p>15-deux cotés animaux sauvages me font peur, je n'aime pas</p> <p>16-en haut au milieu c'est la colonne vertébrale</p> <p>17-Le bas c'est des arbres</p> <p>2'.43''</p>	<p>Λ√</p> <p>partie rose latéral</p> <p>le gris et le bleu en haut</p> <p>orange inférieur</p>	<p>DF+A</p> <p>Db F+ANAT</p> <p>DF+ BOT</p>

	<p>^ 16'' 18'' les deux côtés sont des Araignées qui pique que je n'aime pas, ça me dérange</p>	<p>^v Le bleu latéral</p>	<p>D F+ A</p>
<b>X</b>	<p>19-Les deux cotés c'est des personnages tenant quelque chose</p>	<p>Le rose latéral avec le bleu médian</p>	<p>D F+ H</p>
	<p>20- le petit dessin c'est un talon beau, mignon, j'aime bien 2'.30''</p>	<p>jaune médian en bas</p>	<p>D F- Obj</p>

**Tableau n° 4 : Résultat de test de rorcshach « Hayet »**

Le tableau ci-dessous donnera le psychogramme de « Hayet »

Réultat	Type de perception	Déterminant	Contenu
R=20 Refus0= t.total=19 T.R=10.25 T.L=3.25 TRI=2k/C0 Id=15 RC=30 Ban=02 F%=80 F+% =60 F-=20 A%=35 H%=45 F%élargie=0 F+%élargie=0	G=09 G%=45 D=9 D%=50 Dd=1 Db=01 Dbl=0 Dbl%=0	F+=12 F-=04 F±=16 K=2 Kan=03 C=0 FC=0 CF=0	A=08 Ad=01 H=04 Hd=01 Anat=01 Objet=01 Frag=0 Geo=0 Sex=01 Bot=01 Clob=01

**Tableau n°5** : Psychogramme de 1<sup>er</sup> cas « Hayet »

### 1.2.1. L'analyse qualitative de protocole de « Hayet »

#### Impression générale

Les réponses pour se test révèle une bonne productivité qui atteint R=20 ce qui montre un bon développement fantasmatique et son mode d'imagination, surtout si on croise ça avec le temps totale écoulé par 19" qui approximatif a la norme de (20-30).

#### Modes d'appréhensions

Le G% est supérieur a la norme (20-30), il atteint 45% cela veut dire que le sujet appréhende la réalité dans sa globalité. On a aussi le D% qui est inférieur à

la norme (60-68), il atteint 50%, ce qui signifie que le sujet percevait une distance du matériel.

### **Déterminants**

Les F% sont supérieurs à la norme (50-70), il atteint 80% ce qui constate que le sujet prend la réalité extérieure dans son aspect formelle.

Le F+% est inférieur à la norme (80-85), il atteint 60, ce qui explique une mauvaise perception du monde extérieur le F+

### **Facteur relevant de la dynamique conflictuelle**

Type de résonance intime TRI=0K/4C, veut dire que le sujet est extratensif, pour les réponses couleurs sont nulles C=0, FC=0 ce qui signifie qu'elle manifeste une dépression, et pour la kinesthésie humaine K=2, la kinesthésie animales Kan=3, ainsi une pauvreté de H=4 par contre A=8 cela indique la projection sur les images animales

### **Indice d'angoisse de Hayette**

-RC=30% il est à la norme (30-40%)

-Absence de réponses couleurs

- Présentation intense des réponses animales A

-une pauvreté de réponses kinesthésie K et Kan

- une diminution de Présence de Objet, Anat, Sex, Bot, Clob

### **1.2.2. Analyse de protocole de 1er cas de « Hayet »**

Les résultats de ce test révèlent une productivité moyenne (R=20) ce qui nous a permis une réflexion sur la curiosité de Hayette de s'impliquer personnellement, nous avons noté aucun refus. Le mode d'appréhension est remarquable la supériorité de

réponses globale qui atteint 35.29% qui dépasse la norme de réponse G % (20-30), par contre les réponses partiel D% est inférieure à la norme (60-68), qu'il atteint D45% donc le sujet traduit en égalité.

En moyenne cet attitude atteste du sens de réactions et l'utilisation de réalité comme lustration d'imagination fantasmagorique du moins qu'elle a donné une importance aux réponses de formes positives dont le F+% atteint les 60% contrairement aux réponses de formes négative où F-% atteint les 20%, cela veut dire qu'elle donne une bonne perception à la réalité externe qui sont marquée dans les planches suivantes :

Planches1 : « c'est un monstre »

Planche2 : « des chiens qui s'entendent bien »

Planche4 : « deux femmes incompréhensives »

Planche5 : « c'est un oiseau »

Planche6 : « les deux têtes bébés, en dirais des jumeaux attachés au ventre de leur maman mal formés »

Planche : 7 « des animaux sont des chiens, voici leur front »

Planche : 9 « des animaux sauvages, et une colonne vertébrale, et le bas c'est des arbres »

Planches : 10 « des araignées qui piquent, des personnages tenant quelque chose, et le petit dessin c'est un talon beau » ce qui renvoie sa détresse et sa blessure narcissique qui a bouleverser son désir d'avoir un enfant normale en bon santé.

La présence fréquente des réponses (A=8) cela explique son occupation à l'image animale c'est qu'elle sent un grand manque en elle et une blessure

narcissique et au trauma qui renvoie aux deux planches 10 dites « je n'aime pas, ça me dérange » et la planche : 5 « une chauve-souris qui fais peur »

L'avance de système de défense pour faire face au trauma suggère par la réalité extérieure et le choc de porter un enfant handicapé, malgré y' a eu de tentation de résister et de contenir (Ban) qui renvoie aux planches suivantes :

Planche : 2 « des chiens qui s'entendes bien »

Planche : 5 « c'est un oiseau ou une chauve-souris »

Mais cela a été aggravé par plusieurs déceptions causé par la perte de sujet de ses deux enfants et sa mère par la suite renforcer par une culpabilité successivement de sa belle-famille qui renvoie à la planche ci-dessous

Planche: 4 « deux femmes incompréhensives et des gens qui me surveilles quand je sors avec mon fils », et l'accompagnée d'une forte peur et une affaiblissement mentale qui expliqué dans la planche1 « c'est un monstre »

Planche : 9 « des animaux sauvages qui me font peur » cela accentue le choc de sujet par la naissance de son 3èm enfants handicapé qui reflète aux planches ci-dessous :

Planche : 3 « des enfants handicapé »

Planche : 6 « deux petits enfants tristes malheureux, qui me font rappelé mon enfant, et deux têtes bébés mal formés attaché au ventre de leur maman »

On remarque la diminution de contenu humaine H=4 renvois au défaut ou l'absence de mentalisation et un manque de kinesthésies de K=2 et kan=3 qui recommande un problème de contrôle et de régulation des pulsions.

On constate aussi que Hayat préfère la planche : 10 par apport qu'elle aimait le petit talon, beau et mignon et la insérable : 1 vu qu'elle la voyait c'est un monstre et le visage de sa belle-sœur qu'il lui fait peur.

### **-Synthèse des résultats de cas « Hayete »**

C'est vrai que Hayet a donné un nombre de réponses qui sont dans la réponse moyenne  $R=20$ , mais elle reste toujours dans le travail de deuil, vu que pendant l'entretien le choc apparaît chez elle, lors de l'annonce pendant la grossesse qui montre « une fois entendu le médecin disait que mon fils porte de l'eau dans sa tête, je me suis bloquée et évanoui » et la culpabilité « tous ce qui m'as arrivé à mon premier enfant je n'aurais pas dû refaire la même faute et j'aurais pas dû oublier les conseils du médecin » ainsi renforcer de la part de sa belle-famille d'après ses dire « qu'as-tu manger pendant ta grossesse, surement c'est du à ça ! ». Et s'est aggravée quand liens familiaux sont coupés qui présente « depuis la naissance de mon troisièmes enfant handicapé, ma belle-famille on coupée la relation avec moi et à se jours n'ont pas vu mon fils ». Et on a remarqué les présences des signes cliniques de trauma comme le manque d'appétit, l'insomnie, et l'humeur triste, cela est affirmé aussi dans son protocole vu que les réponses kinesthésie ne sont pas nombreuses, l'absence de FC et l'absence de couleur est nulle.

A partir de ces résultats on classe Hayet dans la phase de dépression et trauma

## **2. Présentations et analyses de 2eme cas « Akila »**

### **2.1. Présentation et analyse de l'entretien du 2em cas « d'Akila »**

Akila est une femme âgée de 36 ans, hébite à Béjaia et mère de deux filles, d'une situation normale avec un mari d'un état professionnel assez bien, et qu'ils entendent bien aussi, akila aimait la lecture, un niveau intellectuelle secondaire, curieuse à comprendre toutes en situation.

Akila à hésitait d'assister et de participer à notre entretien, on s'exprime sa sensibilité envers les psychologues. Nous avons donc mis à l'aise Akila en lui rassurant, que son récit restera dans l'anonymat et la confidentialité. Ce qui l'a aidé a bien verbalisé. Pour elle, cet entretien lui permet d'avoir plus d'informations sur la maladie de sa fille et elle voulait prévenir d'autres femmes, de prendre conscience du risque de porter un enfant Spina Bifida. et l'importance de la prise de l'acide folique.

En débutant sur le déroulement de la grossesse, Akila, nous a fait savoir qu'elle a eu sa fille à l'âge de 32 ans, elle a fait un suivi régulier avec des visites mensuelles, mais le diagnostic n'a jamais été posé. Or que, son gynécologue aurait dû lui faire et l'informer de la maladie de son bébé pour programmer une césarienne afin d'éviter tout risques éventuels.

A ce moment-là nous avons remarqués qu'elle avait des larmes aux yeux coulait, visage triste en serrant ses mains. Reprend les paroles de Akila elle disai: « portant tous les premiers mois étaient bien passé aucun problème, jusqu'à aux derniers mois ou j'ai senti les douleurs intense et mon bébé ne bougeait pas, et sans faire attendre j'ai pris le rendez-vous chez le gynéco pour abaisser mon inquiétude, qu'il m'a confirmé que j'ai rien et ma fille allait bien ».

Akila, nous a dit une fois qu'elle sortait chez son médecin, elle était à l'aise, et dire à son mari qu'il s'inquiète pas que tout va bien, continuer sa grossesse normalement malgré les douleurs qu'elle senti de plus en plus, mais restait à continuer de faire et se préoccuper aux achats de bébé, et l'imaginait comme elle souhaitait, était toute heureuse, hâtait de l'apprendre dans ses bras.

A l'arrivé de l'accouchement Akila s'est hospitalisé pour accouché même si cela lui à fusait plusieurs heures, c'été un moment de souffrance qu'elle confirme par ses paroles « en dépit de ce que j'avais souffert finalement le pire m'attendais » une fois dire cette phrase elle continuait a récité avec pleur et

colère, avec un visage déchirant, et qu'elle voulait arrêter un moment pour qu'elle puisse reprendre l'entretien et prendre un verre d'eau.

A la suite, Akila disait : après la naissance de ma fille, que je ne l'ai pas entendue crier là où je me suis paniqué et avoir peur si elle a quelque chose de grave, j'ai insisté qu'elle me l'amène en demandant à la sage-femme de voir maintenant, elle me disait pas encore, que je devrais me reposer, mais en insistant, que je veux l'avoir, pour quoi ? Est-ce qu'elle a quelque chose de mal ! Je criais, j'étais très en colère, en pleurant.

Après un moment ils m'en ont ramené, une fois l'a vu, Akila nous dit « je ne croyais pas mes yeux, c'était comme un rêve, j'étais choquée, en dirais c'est un monstre que je voyais, j'ai resté muette sans aucun mot je voulais pleurer et crier mais je ne pouvais pas, elle voyait sa fille d'une couleur qui lui fait peur, anormale, rouge et mauve, surtout en tournant le dos de ma fille, là où j'ai vu le trou, l'image la plus horrible que j'ai vu dans ma vie au point je n'arrivais plus à la regarder, à ce moment j'ai perdu connaissance » .

On rappelle lors de l'entretien Akila s'est déclenché en pleur et lâchant des soupirs et l'air triste et déprimé. Et d'après ses dires, son mari ignorait que sa fille porte cette maladie mais une fois informé et vu sa petite fille il s'inquiétait et cherchait à savoir c'est quoi au juste ? Entre temps, il a rencontré un parent, ayant aussi un enfant Spina Bifida qui lui disait « Bon courage », en lui mettant sa main sur son épaule. Ce qui accentue encore ce traumatisme et choc chez ce couple.

On reprend l'entretien, Akila rajoute avant de sortir de l'hôpital, j'ai vu mon mari avec une lettre d'orientation qui contient une urgence chirurgicale, et mon mari qui me disait : t'inquiète pas elle n'a rien de grave, tout ira bien inshallah »

En retour à la maison : entouré avec ma famille, me consolé même si je voyais leur peine et leur tristesse de me voir avec cette état, , Akila nous disait qu'elle a passé séjours que de pleurer, ne pas avoir envie de manger, je ne dormais plus, ne pas avoir envie de voire personne, et l'incapacité de y aller prendre ma fille dans mes bras , par crainte de l'infecter et manque de courage de revoir la boulle.

Une fois opté le rendez- vous de sa fille, pour l'hospitalisation afin de faire la chirurgie, pendant ces moments-là, je me posais des questions pourquoi moi, pourquoi ma fille, as ce qu'elle va guérir, du vient cette malformation, peut-être ce n'est pas quelque chose de grave.

Akila disait Aucun parent n'est vraiment préparé à subir cette blessure insidieuse et cette déchirure à jamais ouverte d'une affirmation lors le médecin me disait aussi froid et que ça été comme un coup poignardé dans mon cœur, un moment très touchant, blessant et dur d'entendre le médecin me disait que « votre fille ne vas pas survivre, ne faut pas trop espérée, vous aurait dû l'avorter, pour quoi vous accepter laisser ce genre d'enfant naitra et même avec l'opération les résultats ne seront pas garanti vu que votre fille atteint de type la plus grave de spina, et même si elle réussira ne vas résister trop longtemps avec des conséquence complexes ».

Akila nous a dit nous affirmée que c'est un sentiment de méprise, désintéresser, avoir sentir aucune valeur en banalisant l'état de ma fille en me disant avec toute froid ! Sont des paroles qui resteront aggravé, jamais je l'oublierai. Rajoutant a ses paroles qu'elle été bouleversée de colère, effondré, perdu et choquée le faite d'entendre ça, où je me suis senti coupable de l'état de ma fille.

Nous avons senti quand l'enfant merveilleux, parfait et conforme aux vœux fait place à un être marqué par la déficience, à un corps meurtri et à des capacités limitées, l'effet de sidération écrase la mère, en l'envahissant d'un chagrin et

d'une douleur inconsolables, d'une déception et d'un désenchantement accablants, d'un anéantissement et d'un désespoir inguérissables.

Pendant l'hospitalisation de sa fille, akila disait-elle qu'elle a resté dans cet état de détresse et de dépression jusqu'à effectuer l'opération où elle disait qu'elle a vu sa fille à nouveau. Avec un beau visage et éclatent au point où elle cherchait si c'est vraiment sa fille malgré l'image horrible avec la boule de Spina Bifida. L'infirmière lui a confirmé, qu'elle est la mère biologique. Akila refuse de croire parce qu'elle a gardé la mauvaise image de la maladie, la couleur bleu de la peau de sa fille à sa naissance.

Chez elle, Akila prenait soin de la petite, l'allaitait, lui changeait ses pansements mais restait toujours triste et en pleur en posant la question pourquoi ma fille !

Akila racontait que sa fille a fait la valve en trois fois ; la première à quinze jours après la naissance, la seconde a trois mois et la troisième fois a l'âge de quatre ans. Son opération devrait être faite juste après sa naissance mais il fallait attendre l'âge de quatre ans à cause d'indisponibilité de chirurgiens expérimentés pour sa prise en charge, ce cas d'après Akila était le premier à réaliser en Algérie et ça réussi avec succès, sous l'aide d'un chirurgien Français et par la suite, le feu vert a été donner aux chirurgiens Algériens pour faire ce genre d'opérations.

Akila disait en supportant le fardeau que représente son accompagnement quotidien : l'énergie épuisée, les défenses érodées, les ressources vitales laminées, que le développement de sa fille, été lourde jusqu'à nos jour, qu'il nous a fallu de réaménager a tout un système pour s'occupée mieux de notre fille malade vu que sa demande une très bonne attention avec ses soins et des contrôles effectués régulièrement, vu les complications que le médecin lui à prévenu.

La fille d'Akila a attrapé une méningite, Actuellement elle présente des problèmes de motricité causant une paralysie unilatérale gauche lui causant une infection urinaire qu'il lui fallut de porter la sonde et son déplacement est indispensable de la chaise roulante, sommeil difficile mais une fois endormie il est profond, ainsi sa peur chaque nuits, fusait des cauchemars fréquemment et craint les animaux.

Sur son histoire scolaire, la fille s'isole avec des cas pairs comme elle, elle présente des difficultés de motricité fine (n'arrive pas tenir le stylo), difficulté de mémoire à court terme et elle se fatigue rapidement. Le langage de la fille reste lourd mais correct, elle a un problème de l'œil gauche sinon, sur le plan neurologique cérébral rien à signaler, et elle est trop attachée à ses parents surtout sa maman.

Rajoutant parmi d'autres complications les comportements des enfants au sein de la fratrie peuvent être de nature très différente en fonction de nombreux facteurs. Aucune frères et sœur n'est semblable à une autre car les enfants possèdent tous des personnalités, des histoires particulières qui engendrent des interactions uniques entre eux. Peut-on alors affirmer que la présence d'une déficience chez un des membres de la fratrie va engendrer à elle seule une dynamique singulière.

La situation de handicap d'un enfant confronte les parents à une ambivalence renforcée de ses sentiments à son égard. S'ils réfrènent leurs affects négatifs, les frères et sœurs peuvent les exprimer sans retenue affirmer par sa petite sœur qu'il a frappée, des insultes, des conflits de jalousie, plus en difficulté sa sœur développe une attitude de repli, et d'effacement, ne pas exprimer ses émotions, elle me rejette toujours, elle me disait toujours tu n'es pas mon amie, tu es juste la copine de ma sœur malade, elle se sent mis à l'écart et douté de l'égalité de l'amour distribuée par ses parents. Comme elle a provoquée des troubles de

comportement être dissipé, manifester de l'agressivité envers ses copines, trouble de sommeil suivit souvent par des cauchemarde, trouble urinaire et somatique cela est un moyenne pour lui obtenir plus d'attention de la part de ses parents.

Cette agressivité qui apparaît dans la relation fraternelle peut fait écho à celle enfouie par les parents cela engendre l'épanouissement chez Akila et une difficulté a gérée la situation. Dans les familles confrontées à des événements particuliers comme la survenue d'un enfant handicapé d'accorder une place privilégiée à chaque enfant pour que l'enfant n'ait pas constamment l'impression de passer au second plan paraît ainsi nécessaire pour limiter ce sentiment de délaissement. Se réfugieront dans un fonctionnement protecteur : s'oublier soi-même, en se consacrant entièrement à l'enfant et en s'installant dans une existence autarcique ou, au contraire, s'immerger dans de fortes responsabilisations extérieures permettant de fuir la confrontation quotidienne au handicap.

### **Synthèse de l'entretien de cas « Akila »**

A la fin de notre entretien avec Akila a dit sa dernier phrase en pleurant : « Mais l'accueil réservé par l'entourage et société sont aussi important qui n'aident pas le handicap, on n' est pas besoin de leur finance mais la moindre de chose ne pas sentir et subir leurs regards furtifs, les mimiques de dégoût, les attitudes de pitié ou de commisération, les remarques blessantes sont autant de de nombreux coups, quand le plus petit signe de compréhension et d'empathie est perçu comme une précieuse stimulation. Mais malheureusement cette posture n'est pas facile à l'adopter ».

Nous avons constaté que, Akila n'arrive pas s'en sortir de son trauma vu qu'elle n'arrêtait pas de faire l'appel aux femmes et de leur sensibiliser de la

prise de l'acide folique et continu toujours ses recherches sur la maladie de sa fille afin de s'informer pour d'autres complications.

## 2.2. Présentations et analyse de test de Rorschach de 2em cas

PL	Texte	Enquête	Cotation
<b>I</b>	<p>1-4''</p> <p>1-c'est une chauve-souris que je n'aime pas c'est stressant, elle est moche cette planche</p> <p>2-Sauf en bas qui ressemble à une colonne vertébrale au milieu que je n'aime pas 50''</p>	<p>∨Λ</p> <p>Toute la planche. je vois toujours une chauve-souris.</p> <p>Moitié inférieur médian</p>	<p>GF-A Ban</p> <p>DF- Anat</p>
<b>II</b>	<p>Λ&lt;∨ 12.</p> <p>3. je vois un lapin que je n'aime pas, ça me plait pas ça me stresse</p> <p>4-en haut en rouge c'est des carottes 44''</p>	<p>Λ</p> <p>les deux parties latérales noires</p> <p>le rouge en haut extérieur</p>	<p>GF – A</p> <p>DCF-A lim</p>
<b>III</b>	<p>Λ 40 ''</p> <p>5- c'est un lapin en train de faire quelque chose</p> <p>6-voici leur jambes mal formés ça me touche 51 ''</p>	<p>Λ</p> <p>les deux parties noires latéral</p> <p>partie inférieur de coté</p>	<p>G Kan A</p> <p>DF+Ad</p>

<b>IV</b>	<p>∨ 9 ”</p> <p>7-je n’ai pas compris, peut être un vagin n’est assez clair qui me fait peur et qui n’est pas beau aussi 26 ”</p>	<p>∧ ∨</p> <p>toute la planche je vois toujours la même chose peut être un vagin</p>	GF + Sex
<b>V</b>	<p>∨ ∧ 5 ”</p> <p>8-une chauve-souris qui me fait peur je ne peux pas la voir, je n’aime pas 19 ”</p>	<p>∧</p> <p>toute la planche c’est la forme d’une chauve-souris que je n’aime pas.</p>	GF+A Ban
<b>VI</b>	<p>∧</p> <p>Refus</p>	<p>∧</p> <p>Refus</p>	Refus
<b>VII</b>	<p>∧</p> <p>Refus</p>	<p>∧</p> <p>Refus</p>	Refus
<b>VIII</b>	<p>∧ 16 ”</p> <p>9-au haut de la planche c’est la colonne vertébrale d’un être humain 10- y a ce trou au milieu qui est le vide ressemble à SP que je n’me pas du tout ça me rappelé ma fille avec sa SP, je ne peux voire beaucoup cette planche 2’</p>	<p>∧</p> <p>le gris et bleu en haut  bleu médian entre bleu et rose</p>	<p>DdF+H Anat  DbL F+Anat</p>

<p><b>IX</b></p>	<p>5 ” 11- c’est un vagin je n’aime pas ni la couleur 12-je n’aime pas le vert les deux cotés qui ressemble à une tête d’un bébé déformés 1’,17 ”</p>	<p>Λ base de l’axe médiane en rose bas  les deux D les verts latéraux</p>	<p>Dd F+ Sex  DF- Hd</p>
<p><b>X</b></p>	<p>^ 10 ” 13- je vois les deux bleus des deux côtés qui sont des nerfs 14- le petit point en bas ressemble à un vagin d’une femme 52”</p>	<p>Λ le bleu latéral  le vert en bas</p>	<p>DCF+Anat  DdF-Sex</p>

**Tableau n°6 : Résultats de test de rorschach « Akila »**

Le psychogramme d’Akila est donné dans le tableau suivant :

<b>Résultat</b>	<b>Type de perception</b>	<b>déterminant</b>	<b>Contenu</b>
R=15	G=5	F+=7	A=4
Refus=2	G%=33.33	F-=6	Ad=1
t.total=5.31	D=9	F±=13	H=1
T.R=8	D%=60	K=0	Hd=1
T.L=2	Dd=0	Kan=1	Anat=3
TRI= 2K/0C	Dbl=0	C=2	Objet=0
Id=47	Dbl%=0	CF=2	Frag=0
R C=40		FC=0	Geo=0
Ban=2			Sex=3
F%=87			Bot=0

F+% = 47			Alim = 0
F-% = 40			
A% = 27			
H% = 20			
Elargier = 0			
F+% élargie = 0			

**Tableau n° 7 : Psychogramme de 2em cas d' Akila**

### **2.2.1. L'analyse qualitative de protocole de 2em cas « Akila »**

#### **Impression générale**

La productivité de réponses R=15, il est bas à la moyenne (20-30%) et le temps total qui est aussi très inférieur à la norme (20-30), il atteint 5.31 ce qui signifie son angoisse.

#### **Les modes d'appréhension**

On constate dans ce protocole que le G %33.33, il est dans la moyenne (20-30%) également pour le D% égale 60%, qui est dans La norme (60-68).

#### **Les déterminants**

Dans ce protocole le F% est supérieur à la norme (50-70%), il atteint 87%q qui montre l'intensité du sujet pour la forme des planches

#### **Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle**

Le type de résonance intime TRI=0k/2C montre que le sujet est extratensif, pour le FC=0 et pour la kinesthésie K=0 et pour les H=on a seulement 1, ce qui

explique une problématique d'identification et des investissements du côté relationnelle.

Contrairement au A on a 4nombre qui est supérieur au H ce qui indique la projection sur des images animales.

### **Indice d'angoisse d'Akila**

-l'absence de K

-une pauvreté de réponses couleurs

-et la présence fréquente de réponses Anat qui indique le choc et une représentation corporelle.

### **2.2.2. L'analyse de protocole de 2<sup>em</sup> cas**

Les résultats de ce test révèlent une productivité faible  $R=15$  ce qui signifie qu'elle s'est impliquée personnellement dans les planches, on optant dans le mode d'appréhension une perception partielle le  $D\%=60$  qui dépasse largement les réponses globales  $G\%=33.33$ . Ce qui justifie que le sujet tient beaucoup au détail. et pour le  $F\%$  est supérieur à la norme (50-70), il atteint 87%, qui veut dire que le sujet voit la réalité de son côté formelle cela revoit à toutes les planches sauf les planches 6 et 7. Pour les  $F+$  dépasse les  $F-$  mais les  $F+\%$  est au-dessous de la norme (80-85), qu'elle atteint 47% qui déterminé par une mauvaise perception du monde extérieure.

Le traumatisme de Akila est accaparé dans ses réponses au planches maternelle, planche 1 « : une chauve-souris que je n'aime pas »

planche2 : « je vois un lapin que je n'aime pas ça me plait pas ça me stresse »

planche3 : « voici leur jambes mal formés »

planche4 « un vagin n'est pas assez claire qui me fais peur »

Planche 5 : « une chauve-souris qui me fais peur je ne peux pas la voir »  
planche8 : « en haut la colonne vertébrale d'un être humain, et le trou au milieu qui est le vide ressemble a Spina que je n'aime pas, ça me rappelle ma fille avec sa spina »

Planche 9 : « un vagin je n'aime pas ni la couleur, et une tête d'un bébé déformé »  
planche10 : « les petit point c'est un vagin d'une femme ».

Absence de l'utilisation de kinesthésie  $K=0$ , et abaissement de  $K_{an}=2$ , ce qui est opportune un problème de contrôle et de régulation des pulsions.

Pour les réponses couleur une baisse réponse  $C=2$  et nombre de réponses  $FC=0$  Néant, Ce qui signifie que Akila manifeste une dépression, ce qui revoie aux planches2 : « en haut c'est des carotte » et la planche 10 : « je vois les deux cotés qui sont des nerfs » cela affirme que Akila est extratensive son  $TRI=0k/2C$ .

Ce qui va dans le sens dynamique psychique qui permet d'exprimer son désir

De posséder un enfant normale qui apparut dans les planches précédente, d'après les réponses de test on démontrer que Akila est dans la phase de dépression et choc cella qui sont indiqués par l'absence de kinesthésies , et le refus de deux planches :6 et planche :7, ainsi le nombre de réponses qui est inférieur à la norme et la pauvreté des couleurs.

On remarque que le sujet n'estime aucune planches comme préférable et elle considère que les deux planches : 6 et planche : 7 sont les plus indésirables, vu qu'elle lui reflète la maladie de Spina bifida de sa fille.

### **Synthèse des résultats de cas « Akila »**

D'après l'entretien la culpabilité et la colère sont apparus chez le sujet, l'expression qu'il le montre « pourquoi la gynécologue ne me la pas prévenu,

pour que je puisse prendre mes précaution », et « pourquoi vous accepter laisser ce genre d'enfant naitre, vaux mieux avorter et el laisser mourir » , le choc dans sa phrase « ma fille est un monstre », ainsi la présences des signes cliniques de la dépression comme le manque d'appétit, l'insomnie et les traits de l'humeur triste est affirmé d'après ses dire « depuis la naissance de ma fille handicapée je me suis détachée du monde extérieur et loisir » cela éprouve dans son protocole d'après le nombre des réponses qui sont limité à la norme, l'absence de kinesthésie et la pauvreté de couleurs Ce qui explique que le sujet est a subi un trauma.

A partir de ces résultats on classe Akila dans la phase dépression et notre hypothèse « La Naissance D'un Enfant Handicapé Porteur Spina Bifida Epreuve Un Trauma Chez La Mère » est confirmée.

### **3. présentation et analyse du 3èm cas « Meriem »**

#### **3.1. Présentation et analyse de l'entretien de 3èm cas « Meriem »**

Meriem est une femme au foyer, âgée de 46 ans, elle est mère de deux enfants, elle vit dans une situation difficile, vu que son mari, il est chômeur, psychiatrique, toxicomane. Meriem vivait avec sa belle-famille avec une situation dure souvent avec des conflits familiaux.

Avant d'aborder notre entretien, nous avons remarqué quelques comportements d'hésitations, et avec un visage qui exprime la colère et la tristesse. A la suite elle a répondu positivement à notre entretien, après notre assurance qu'il restera dans l'anonymat et la confidentialité. Une fois arrivé au déroulement de sa grossesse, Meriem s'est bloquée pour un moment, ses sourcils et ses mains qui sont serrés. Meriem nous disons : « ohh je n'aime pas me rappelé de ça, vu que ça m'as causé une vrais souffrance » Au début de la grossesse, Meriem disait que tout était normal diagnostiqué, j'ai tout préparer

pour le trousseaux de mon bébé, pensait à faire sa petite chambre , je l'imaginait beau , fort et en bonne santé, je remercie le Dieu pour cette récompense même si je me suis à l'âge tardif mais Hamdoulah ,, jusqu'a le septième mois ou elle a remarqué que son bébé ne bougeait pas , et sentir des douleurs intense , Elle a décidé de consulter le gynéco pour poser son inquiétude. Et lors de sa visite chez son gynéco .il demanda à Meriem si elle est accompagné et qu'il rentre pour assister à l'annonce de diagnostic, là Meriem nous à disait : « j'étais paniquée, peur de ce que le médecin me dira, en regardant bien le visage du médecin ».

Ce moment-là on a vu Meriem avec des larmes aux yeux coulait sur son visage, elle s'est rappelé l'annonce de médecin que son enfant naitra handicapé, « quand j'ai entendu ce que le médecin viens m'annoncer j'étais choquée, déprimée, j'ai perdu connaissance, je n'écoutais pas ce que le médecin me disait j'arrivais pas à y croire , je me posais de questions comment ça , pourquoi vous ne m'avait pas prévenu avant , et tous ce temps vous me rassurer que tout était aller bien, pour quoi vous me le dites maintenant , que dois-je faire maintenant, y a-t-il de solution ou bien un avortement ?! »

En rajoutant Meriem nous disait : « Heureusement mon mari me tenait la main en me calmant me disait faut accepter, c'est le destin même si avec sa blessure caché, il se montrait courageux »

Nous avons remarquées le moment de son récit, qu'elle nous racontait avec une certaine colère qui revoit a son médecin qui a tardé de lui annoncer la maladie de son fils, en tenant ces larmes qu'elle ne voulait pas se relâchée, en serrant ses mains et avec un regard triste.

Meriem nous a parlé sur son retour à la maison, elle nous a dit : « je me suis dirigée directement à ma chambre, je ne voulais parler à personne, je pensais à

ce que le médecin m'a dit et en même temps je doute de son annonce, je disais peut être qu'il sait tremper »

Pour le reste de temps de la grossesse Meriem a ajouté qu'elle arrêta de manger comme avant, de ne pas continuer les achats de son fils, en limitant le contact avec les gens et l'encourageant, et qu'elle voulait cacher l'état de santé de son fils. Même mon comportement à changer vis-à-vis de mon mari, je suis devenue agressive, je fusais rien, mes tâches de maison je les ai abandonnées et j'avais toujours la boule de stress et la peur en pensant à la future image de mon fils, je n'arrêtais pas de poser de questions dont laquelle je ne trouvais pas de réponses.

En parlant de l'accouchement et la première vue de son fils Meriem s'est fondue en larmes orageuses, en baisant sa tête, le regard par terre et avec un visage aussi triste. Après un bon moment de silence Meriem a repris la parole, elle nous a dit qu'elle a accouché par une césarienne programmée dont lequel elle n'a pas vu son fils immédiatement, jusqu'à son réveil de l'anesthésie où elle demandait de voir son fils, Meriem nous a dit : « une fois vu l'infirmière se rapprocha vers moi et porta mon fils, j'avais hâte de le voir et précipitant à le prendre, une fois vu mon fils je l'ai pris, ma première vue fut son visage qui a été beau et clair, mais une fois tournant sa serviette et regardant son dos, j'étais choquée, je voyais une grosse boule rouge remplie de liquide et les veines qui se voyaient, pour moi je voyais une image monstrueuse à ce moment-là je me sentais que je n'ai plus de force, plus de courage à le revoir et c'est là où je me suis évanouie »

« Au retour à la maison moi et mon mari, je réfléchissais comment notre famille va me recevoir, que vont-ils me dire, j'ai peur de leurs réactions, est-ce que je vais leur cacher la vérité ou pas » Meriem nous a dit qu'elle était perdue, ne sait plus quoi faire, ni où elle va s'en aller, au point où souhaite sa mort juste

ne pas vivre ces moments terribles, une fois s'est retrouvée avec sa belle-famille ils ont reconnu qu'il Ya quelque chose qui ne vas pas au bébé , en posant a Meriem qu'est -ce qu'il y'a ? Pour quoi pleur t'elle, à ce moment la Marien est rentrée directement à sa chambre sans aucun mot, en laissant son mari s'occupe de sa famille et leur questions.

A partir de là, Meriem s'est renfermer sur soi, fermé sa chambre, sans permettre à ses proches de se rapprocher à l'enfant, par crainte de voir l'enfant avec la boule et la touché au risque d'infecter l'enfant. Une fois ma belle-sœur est entrée forcément pour voir mon fils ça réaction été négative en me lançant d'un regarde époustouflant, et méprisant et sa question qui m'a rendu coupable et désolant en me disant : qu'a tu mangée pendant ta grossesse ? , J'ai resté assourdissante, choqué »

ce qui fait que Meriem à affirmer ses doutes et ses peur aux réaction de sa belle familles et au moment où les invites venaient pour la félicité de son nouveau née ,Meriem évitée a tout moment de les recevoir à fin de ne pas voir son fils dans tel état et comme elle n'arrête pas de pleuré et refusé la mal formation de son fils , alors que les invités étaient curieux de déniché la raison de son état jusqu'à au moment elle leur a dit que la seule raison c'est que mon fils été malade sans aucune précision ni explication. Une fois elle consulta le médecin il lui ait expliqué le type de la maladie qui est la plus grave qui s'agit de Spina bifida de type Méningomyélocéle, dans ce cas nécessite de faire une opération plus vite possible et lui faire la valve avec Les conséquence et effets secondaire de cette maladie sur son développement à la venir et lorsque elle entend les déclaration du médecin sa détresse c'est renforcé de plus en plus mais au bout d'un moment sont seul souhait été que son enfant soit encore en vie .

au fil du temps elle a pu accepter difficilement et de s'adapter à sa nouvel vie en commençant par changer son mode de vie et tout sa préoccupation c'est

focalisé sur l'entretien de son enfant soigneusement avec les contrôles médicaux et les rééducations régulièrement ainsi ce qui a fait pousser son mari chercher un travail pour répondre au besoin de l'enfant et faire un appel aux associations et la radio. Au début de la croissance de l'enfant l'apparition de gazouillement et de babillage a été normale sauf l'acquisition de la position d'assise et de marche suite à des problèmes urinaires et digestifs, troubles du sommeil, troubles du tonus, troubles de la mémoire et de la concentration ainsi la malformation d'encéphalite, par conséquent l'enfant a des troubles de l'attachement c'est-à-dire est devenu dépendant de sa mère. Pendant l'entretien Meriem a affirmé sa souffrance et que l'enfant est un fardeau car ses besoins ne répondent pas à son budget, Meriem dit : « je prie Dieu qui le prenne dans son vaste Paradis pour toutes les remarques blessantes que j'ai reçues de son entourage comme des regards à travers les doigts, marche à quatre pattes, et que mon enfant commence à sentir la différence entre les autres de son âge, et jusqu'à nos jours je n'arrive pas à cesser de pleurer toute seule, et pour quoi tout ça m'arrive ».

### **La synthèse de l'entretien de cas « Meriem »**

Au final nous avons éprouvé que la patiente est épuisée sur les plans physique, psychique, et affectif multiplier par cent la quantité d'énergie qu'il faut pour s'occuper d'un enfant en bonne santé. Ce qui manifeste un désespoir jusqu'à maintenant ce qui est éprouvé par ces dires Meriem : « je prie Dieu de l'enlever et le garder dans son vaste paradis si, il sait que je ne pourrais pas le prendre en charge » ce qui exprime qu'elle projette sa Colère et son refus d'accepter son enfant avec un tel état, et elle rajoute aussi « jusqu'à maintenant je n'arrive pas à saisir les raisons de cette maladie » cela indique que le sujet est encore dans le Dénis et le handicap de son fils est toujours inacceptable.

Et le sentiment de culpabilité de la part de sa belle familles qui renvois a la planche10 : « des yeux qui me font peur »et la planche 9 : « deux femmes en train de parler » cela est confirmé dans ses paroles « ma belle- sœur m'avait dit à savoir qu'avait-tu manger durent ta grossesse » et « je les ai entendus disaient que mon fils». Et sa honte de porter et montrer son fils aux gens apparait dans ses phrases le faite de nous dire « je ne laisserais personne le voire ni le touché». Ce que nous constatons que Meriem a passé une période difficile et un vécu traumatisant.

### **3.2. Présentation et analyse de test de Rorschach de 3èm cas**

PL	Texte	Enquête	Cotation
I	35” 1- c’est un utérus moche, je n’aime pas la couleur ça me fais peur 44”	Toute la planche Je vois toujours l’utérus	G F <sup>-</sup> Anat
II	^ v > 1.2 ” 2- quelque chose qui ressemble dans le ventre « 32 »	v Toute la planche le bas qui ressemble au sex d’un homme DF + H sexe	GF – Anat
III	v « 12» 3- la couleur qui ressemble aux arbres ou forets mais mal malformé, n’est pas belle et sa couleur qui n’est pas claire qui me stressée je n’aime pas 34”	^ v Toute la planche Toujours la même vu je ne peux rien rajouter	G CF+ Bot
IV	^v 30 ” 4- au milieu qui ressemble au papillon 5- en haut de la planche c’est des feuilles d’un fruit 26”	v Partie central entière  Moitié supérieur	DF + Ad.  DF+ Bot

<p><b>V</b></p>	<p>^ v 12 '' 6-un oiseau ou un cafard qui fait peur, je n'aime pas la couleur 32''</p>	<p>v Toute la planche je vois la même chose</p>	<p>GF + A Ban</p>
<p><b>VI</b></p>	<p>^v 17 '' 7- je vois l'embryant au haut 12 ''</p>	<p>^ Toute la planche toujours l'embryant en haut D Hdf + Anat</p>	<p>D H dF+Anat</p>
<p><b>VII</b></p>	<p>^v 37'' 8- je vois les nuages tristes, pas beaux, je 'aime pas vraiment la planche me fais rappeler ma douleur et ma souffrance 9- juste En haut en dirais c'est les deux têtes d'un chiens 14''</p>	<p>^ Toute la planche Toujours les nuages sombres  Tiers les deux cotés</p>	<p>GF+ Frag  AF+Ad</p>
<p><b>VIII</b></p>	<p>v 12 '' 10-et au milieu je vois la colonne vertébrale 11-Les deux cotés en sont des animaux qui essaient de montés en haut 12- le haut c'est peut les Montagnes 26''</p>	<p>v Axe médian dans gris et bleu  Partie rose latéral  Partie brune latéral</p>	<p>Dd F- Anat  DF+ Kan A  Dbl F+ Pays</p>

IX	<p>^18''</p> <p>13- deux cotés c'est femmes entrain de parlées par apport à la forme</p>	<p>^ &lt; v</p> <p>Le brun et le vert latéraux</p>	<p>D F+ KH</p>
	<p>14-au milieu de la planche qui me fais rappeler la maladie de SP,</p>	<p>Partie inférieur de lacune centrale</p>	<p>Dd F+ Anat</p>
	<p>15- le rose en bas qui est le sang je n'aime pas, ça me fais rappeler ma souffrance et la boule de SP de mn fils la planche</p> <p>35 ''</p>	<p>Le rose en bas sur le cotés</p>	<p>D CF- Anat</p>
X	<p>v^ 15''</p> <p>16- une carte géographique</p> <p>17- au milieu c'est des yeux qui font peur</p> <p>25''</p>	<p>^</p> <p>Toute la planche le brun médian en milieu c'est des yeux</p>	<p>GF – Geo</p> <p>D F+ Hd</p>

**Tableau n°8 : Résultats de test de rorschach3 « Meriem »**

Le psychogramme de Meriem est donné dans le tableau suivant

Résultat	Type de perception	déterminant	Contenu
R=17	G=6	F+=12	A=2

Refus=0	G%=35,29	F-=5	Ad=2
t.total=5	D=7	F±=17	H=1
T.R=16	D%=41,17	K=1	H%=23.62
T.L=4,16	Dd%=12	Kan=1	Hd=2
TRI=11	Dd=2	C=2	Anat=6
Id=47.05	DdI=0	E=0	Obj=0
R C =47,05	DdI%=0	FC=0	Frag=1
Ban= 1	Dbl=1	CF=2	Geo=0
F%=100		Fclob=0	Sex=0
F+% =71		Ban=1	Sang=0
A%=2		KH=1	Pays=1
H%=23,52			Clob=0
F% élargie=0			
F+% élargie=0			

**Tableau n° 9: Psycho gramme du 3èm cas de « Mériem »**

### **3.2.1. L'analyse qualitative de protocole de 3èm cas de « Meriem »**

#### **Impression général**

La productivité est moyenne R= 17, avec un temps totale 5' qui est inférieur qui est très bas à la norme (20-30),

Le temps de latence qui est aussi inférieur à la norme (10-20) il atteint 4'16''

#### **Le mode d'appréhension**

Le protocole est caractérisé par un D inférieur a la norme (60-68 %), il atteint D% 41.17et la réponse G qui sont supérieur a la norme (20-30%) il atteint

G/100 35.29 cela montre qu'elle tient au générale que au détail, on a remarqué la présence des Dd et Dbl timide.

**Les déterminants :** pour le F% est très supérieur a la norme (50-70%), il atteint 100%, toutes les réponses sont déterminées selon la forme qui signifie que le sujet interprète la réalité de son côté formelle. Pour les F+%, il est de 71% qu'il est dans la moyenne (80-85)

### **Facteurs relavant de la dynamique conflictuelle**

Type de résonance intime TRI= 1K/2C ce qui montre Qui montre que Meriem est extratensive, on a remarqués une seul kinesthésie qui montre une problématique d'identification et des investissements du côté relationnel.

Pour les H on a seulement 1 avec un pourcentage de 23.52

### **L'indice d'angoisse de Meriem**

-RC= 47.05

- pauvreté de réponse couleurs

-ile temps de latence est inférieur à la norme (10-20)

-absence d'objet, Sex, Sang, Clob

-Anat=6

-Frag=1

-Kan =1

-bot=2

-pays=1

**3.2.2. L'analyse de protocole du 3<sup>èm</sup> « Meriem »**

Les résultats révèlent une productivité limite  $R=17$ , par rapport au temps de réponse 11 cela éprouve une implication personnelle dans de nouvelle situation.

Le mode d'appréhension de la réalité on a remarqué que la réponse global  $G\% 35.29$  dépasse a nombre de réponse partiel  $D\%=41.17$  qui est inférieur à la norme (60-68).

On a relevé que le taux de  $F\%$  dépasse la norme qui est très supérieur, il atteint les 100% ce qui signifie qu'elle est d'une appréciation correcte à des bonnes formes qui sont liées aux (F+) dont leur présences est marqués dans les planches suivantes :

planche3 : arbres qui ressemblent aux forets mal formés.

planche4 : ça ressemble au papillon et feuilles d'un arbre.

planche5 : un oiseau ou un cafard qui fait peur.

planche6 : je vois l'embryon en haut.

Planche 7 : je vois des nuages tristes et deux têtes d'un chiens

Planche 8 : des animaux qui essayent de montés et le haut c'est des montagnes.

Et planche 10 : deux femmes en trains de parler et au milieu c'est la maladie de Spina.

Par apport au (F-) liée à des mauvaises formes qui correspondent aux planches suivantes :

planche1 : « est un utérus moche »

planche2 : « quelque chose qui ressemble dans le ventre »

Planche 8 : « est une colonne vertébrale »

Planche 9 : « le sang et la planche 10 », une carte géographique ce qui explique que le sujet tient à l'image corporelle de son enfant et sa blessure d'avoir un enfant atteint de Spina Bifida.

En revanche de ce protocole on conclut que c'est vrais la préoccupation de Meriem l'envie d'avoir un enfant sain et en bonne forme et de ne pas atteint cet image narcissique cela caractériser dans son choix de la planche préférée 8 : « je vois deux animaux qui essayent de monter », contrairement à la planche indésirable planche 9 : « au milieu de la planche qui me fais rappeler la maladie de Spina et le sang qui me rappelé ma souffrance et la boulle de Spina » cela indique que le sujet a subi un choc et trauma, résume qu'elle est dans la phase dépressive vu le manque de kinesthésie et couleurs.

Une variation de réponse de contenu : H=1, Kh=1, A= 2, Bot=2 , Hd=2, Frag=1, Anat=6, Pays=1 , Dbl=1, Dd=2, Kan=1, Ban=1, mais en particulier les réponses riches c'est les Anat par (6) réponses ce qui explique sa préoccupation par apport a son fils Handicapé atteint de Spina bifida , et on reconnait la réponse maternel surtout dans la planche 13 c'est un utérus moche » et ainsi la planche 9 « le sang me rappel la boulle de Spina »

D'après ses réponses le sujet est envahi vers une forte sensibilité qui révèle un choc qui résulte à la blessure narcissique, le faite ne pas avoir un enfant normale. Vu le nombre de réponses R=17 et F% qui est très supérieur à la norme et le CF, K ET Kan sont peu nombreux, nul de présence des réponses FC, Sex, Sang, Obj et son RC dépasse les normes 47.05%

### **Synthèse des résultats de 3 èm cas « Meriem »**

D'après son entretien on a retiré les signes de dépression et de colère « je en me suis pas mariée tôt et une fois je me suis marié tard, j'ai eu un enfant

handicapé » et sa solitude de s'éloigner de l'entourage afin d'entendre les critiques des gens le faite de parler de son fils malade, comme elle a dégagée des traits a charmée et affaissait.

Tous ces réponses on constate que Meriem a passé une période très difficile et traumatisante qui revois a son choc et trauma lors de l'annonce qui montre d'après ses mots « je souhaite ma mort que de vivre ces moments de cauchemarde ».

Conformément, ce résultat on peut dire que Meriem est classé dans la phase de trauma.

#### **4. présentation et analyse de 4èm cas « Hassiba »**

##### **4.1. Présentation et analyse de l'entretien du 4èm cas « Hassiba »**

Hassiba est une femme âgée de 40 ans, d'un niveau d'instruction universitaire et un mari d'un prof universitaire, situation socio-économique bonne et mère d'une fille qu'elle a eu à l'âge de 36 ans après une stérilité de 4 ans d'après différents bilans médicaux qu'elle a subi.

À notre arrivé chez Hassiba, elle s'est montrée timide, on a assisté à des moments de latence importance au début de l'entretien, mais après à la fini par se confié à nous et s'exprimer, en lui rassurant, que son récit et renseignements resteront dans l'anonymat.

Hassiba a débuté de parler sur sa deuxième année de mariage où le désir de maternité est arrivé alors « j'ai décidé de prendre rendez- vous chez le gynéco, j'ai fait tous les teste et examens médicaux possible sans aucun résultat, mais j'avais comme même l'espoir, jusqu'au partie voire le meilleur médecin là où il m'a confirmé que je suis stérile a 95% c'était un moment d'échec horrible, et des idées négative j'étais en colère , j'avais un sentiment d'injustice et même j'ai

complètement perdu l'intérêt pour les choses que j'aime faire avant , je mangeais difficilement , je ne dormais pas ».

De ce fait on a constaté que Hassiba présente des signes dépressifs qui se manifestent dans l'insomnie, manque d'appétit et humeur triste, elle nous informe que la stérilité a mis fin à toute ses ambitions, elle a perdu même le sens de la vie.

Quelques années plus tard à l'âge de 36 ans, Hassiba nous a dit que c'est grâce à son mari qu'il a soutenu et surmonter son morale ,qu'ils ont poursuivi leurs soins , et finalement Dieu merci nous a récompenser d'une belle nouvelle le jours où la gynécologue m'a annoncer que quelques mois après que tu deviendra une maman, une sentiment de joie énorme, unique , au point d'oublié toute souffrance vécu avec ma stérilité. J'ai tout de suite informé mon mari par cette belle surprise ainsi la faire partager avec nos proches, on a commencé moi et mon mari avec toute joie, préparer la chambre de mon bébé, acheter quelque vêtements, et des biberon, avec toute imagination fantasmatiques , je souhaité qu'il sera beau , fort ,en bon santé hâte de le prendre dans mes bras et chaque soir je caressais mon ventre en racontant à mon bébé des petites histoire des moment inoubliable ressentir le sens d'une maman avant la naissance de mon enfant c'est toutes une émotions unique .

Au cœur de la grossesse vers l'arrivé des derniers mois Hassiba nous a dit qu'elle ne sentait pas les mouvements de son enfant, qu'elle avait des douleurs abdominale forte, et la position de son bébé qui était au bas ventre, ce qui la fallut voire son médecin pour consultation et détecter la causes de ces signes, mais Hassiba nous a informé que le gynécologue l'a assuré que toute est normale sont du a la grossesse mais faut juste se reposer et rester allonger. En respectant les conseils de son médecin, en continuant sa grossesses avec des douleurs jusqu'à l'arrivé de l'accouchement où elle a

revenu son médecin, qu'il lui a programmé une césarienne. Hassiba nous a dit qu'elle était inquiet, sentir un pressentiment de doute de diagnostic du médecin, surtout en le voyant paniqué, mais sans lui dire quelque chose à propos de son enfant a part que je devrais m'accouché par césarienne.

A l'approche de la césarienne je prie Dieu de me l'avoir facilité et tout finira bien, et après l'avoir fait, Hassiba rajoute, une fois je me suis réveillé de l'anesthésie, j'ai demandé directement de voir mon bébé, mais ils ont refusé, et faire appeler mon mari pour quoi ils ne veulent pas me faire voire mon bébé, il m'a dit qu'elle fallait passé par quelques contrôles et radio, mais en m'assurant qu'elle a criant a sa naissance, là où j'ai su que j'ai accouché une fille, j'étais heureuse et hâte de l'avoir. Pendant son récit on a remarqué des larmes aux yeux lâchant et triste.

On se rappelant de son mari quand -il lui a dit, que notre fille à a un kyste derrière son dos, mais sans gravité, c'est là où j'ai vraiment dit qu'il faut que je la vois au moins de loin.

Hassiba nous a rajouté qu'elle a dû rester trois jours à l'hôpital, impatiente de rentrer chez elle pour voire sa fille, une fois arrivé, tout le monde-là recevaient et la félicitaient mais Hassiba nous a informé qu'elle voyait son mari avec un visage serré, elle a sentait quelque chose qui ne va pas, en précipitant vers ma chambre pour voir ma fille, autre temps y'avait ma mère qui me disait faut que tu te reposes puis voir ta fille, à la fin de la journée mon mari m'a ramené ma fille pour l'allaiter, j'étais toute prête pour vivre ce moment, mais en me prévenant de l'apprendre soigneusement et délicatement. On demandant à mon mari ou est-ce kyste, et -il me la fait montré, et quand je l'ai vu avec des pansements j'avais peur, je demandais à mon mari on pleurant et frustrée, pourquoi tous ces pansements sur son dos? Et le faite de l'avoir avec cette image j'avais le courage l'apprendre et lui donner le sein par crainte de la

blesse, par conséquences j'ai arrêté de manger et me cessé pas de pleurer, je me soucie pour ma fille, ce quelle à au juste ? je vérifie toujours son dos en priant mon dieu : « nshallah machi hadja iyouaaran » on restant dans cette état pendant toute une semaine, où il fallut voir le pédiatre pour un contrôle,

Et c'est à ce moment-là , Hassiba s'est arrêta de parler pour un bon moment ,on pleurant très fort on se rappelant de ses moments difficile, on nous disant que c'été un cauchemar horrible, lorsque le pédiatre m'a dit avec toute froid, directe et colère, sans rendre compte de mon état on me disant : tu ne sais que ce que sait , ce genre de cas je n'aime pas les recevoir à mes consultations car ils n'ont aucun espoir de vivre longtemps, pour quoi vous les laissez naitre ? » Hassiba nous a dit qu'elle a pris que la lettre d'orientation sans dire aucun mot, elle été envahie de pleurer choquée, et qu'elle se sentait indésirable avec aucune valeur, et coupable de l'état de ma fille.

On se dirigeant vers l'hôpital se renseigner sur l'opération, là le médecin mon expliqué la maladie de ma fille, qu'elle est atteinte de spina bifida du type A le plus grave, que j'ignorais c'est quoi, on me disant que c'est une mal formation neurologique récente, dû au manque de l'acide folique, on m'informant sur les complications à venir si la chirurgie réussira, ce qui m'a rendue folle, je voyais tous noir et je ne pouvais plus entendre plus que ça »

Hassiba, au moment de l'entretien, elle parlait en serrant ses mains et tête baissée, elle pleurait, on disant que : « toute image que j'ai rêvé est détruite d'un coup, que cette belle image et bonnes sensations sont arrêtaient à la fin de la grossesse

Après avoir fait la valve pour sa fille, hassiba nous a dit qu'elle pensait plus à autre choses, sauf comment la prendre en charge, et elle arrêta de manger, avec troubles de sommeil ,envie de ne voir personne elle s'isolait ,elle commençait à sentir le fardeau que l'occupation de sa fille nécessite de plus en plus , et

répondre à ses besoins à tous prix, et effectuer tous contrôles médicaux et rééducation obéir ses vœux et souhaits. « Et même par rapport à moi j'ai développé des troubles d'attachement et je suis devenue très anxieuse et maniaque, je ne peux pas voir ma fille seule, ni la sentir avec mauvaises odeurs, tout ça juste pour ne pas que les gens se manquent d'elle ou se sentent méprisants et inférieurs aux autres.

Et parmi les complications de la fille de Hassiba ; troubles de tonus, manque de concentration, d'attention, d'attachement, problèmes de constipation et urinaires, et non acquisition de la marche, présente une fatigabilité.

### **La synthèse de l'entretien de cas « Hassiba »**

Hassiba, à la fin de l'entretien, nous a dit avec un visage papier mâché, « je ne souhaite pas aux autres couples de vivre toute cette souffrance, car c'est difficile de cacher aux gens la maladie de notre fille, la preuve que mon mari est devenu dissociable et ne fréquente pas ses amis juste pour éviter toutes sortes de questions relatives à sa fille »

Nous avons constaté d'après cet entretien, de toutes sortes de remarques et réponses, qu'elle a vécu un trauma aussi choquant et n'arrive pas toujours à accepter l'état de sa fille telle quelle est.

4.2. Présentation et analyse de test de Rorschach de 4<sup>em</sup> cas « Hassiba »

Pl	Texte	Enquête	Cotation
I	<p>Λ 19"</p> <p>1-je vois la colonne vertébrale en bas, je n'aime pas la couleur, ça me stresse...</p> <p>32"</p>	<p>∨</p> <p>partie médiane entière</p> <p>je vois toujours la colonne vertébrale en bas.</p>	DF+ Anat
II	<p>∨Λ 33"</p> <p>2- je vois une montagne ou une forêt n'est pas belle qui me fait peur surtout le rouge que je n'aime pas.</p> <p>3-je voie le trou au milieu, ressemble au spina.</p> <p>1.30</p> <p>"</p>	<p>∨</p> <p>les deux parties latérales noires</p> <p>grande partie lacune centrale</p> <p>le rouge extérieur</p> <p>le ressemble à la tête d'un chien DF+ Ad</p>	<p>D FC+ Géo</p> <p>Dbl F+ Anat</p>
III	<p>Λ 10"</p> <p>4- je vois un couple qui partage la vie</p> <p>5-je voie deux femmes qui font quelque chose</p> <p>32"</p>	<p>Λ</p> <p>toute la planche</p> <p>les deux parties noires latérales.</p> <p>les seins des deux femmes</p>	<p>G KH Ban</p> <p>D F+ kH</p>

		qui sont en face DF+Hd. Le rouge médiane	
IV	^ 09" 6- je vois l'utérus en haut de la planche 27 "	^ moitié supérieure je vois toujours l'utérus en haut de la planche	D F- Anat
V	^ 13" 7-un beau paillon dans sa forme mais pas sa couleur 45"	^ toute la planche toujours Un joli papillon calme, beau, j'aime bien mais pas la couleur ça me stresse	G F+A BAN
VI	^ 16 " 8- je vois en haut une chauve souris que je n'aime pas du tout  9- le trou au milieu, me rappelle spina bifida 25 "	^v les grandes parties latérales  Petites taches claires dans l'axe médian  les deux cotés un couple bien attachés, amoureux, soudés l'un à l'autres DF+H grande moitié latérale	D F- A  Dd F+ Anat

<p>VII</p>	<p>∨ 10 "</p> <p>10-les deux têtes d'un être animal qui se disputent énervés... 42"</p>	<p>^</p> <p>Les tiers y compris les deux cotés</p> <p>toujours les deux têtes mal entendu, qui se disputes à cause des problèmes ou d'une maladie grave.</p> <p>voici leurs cheveux en haut</p> <p>Partie reliant les 1,2 tiers supérieures ADf+</p>	<p>D F+ A</p>
<p>VIII</p>	<p>^ 30 "</p> <p>11- les des deux côtés sont des animaux dangereux, ça me fais peur.</p> <p>, 12- au haut c'est une chauve-souris</p> <p>55"</p>	<p>^</p> <p>partie rose latérale</p> <p>Gris en haut</p>	<p>D F+ A</p> <p>D F- A</p>
<p>IX</p>	<p>^ 11" je ne sais pas exacte...</p> <p>13- une image qui présente une vie présentent une vie perturbante des fois calme et des fois problèmes, la couleur qui me signifie colère, tristesse 49 "</p>	<p>^∨</p> <p>toute la planche</p>	<p>G F+ ABS</p>

		juste le milieu ressemble un l'œil qui me fais peur .fente à base de la, lacune centrale Ddf+Hd	
X	<p>√ 9 "</p> <p>14- en haut de la planche qui ressemble à la colonne vertébrale,</p> <p>15- au côté je vois des nerfs</p> <p>16- le trou au milieu qui est c'est SP, je n'aime pas ce trou me fais rappeler la boule de mon fils</p> <p>1.2"</p>	<p>√∧</p> <p>Gris latérale en haut</p> <p>Le bleu latéral</p> <p>Brun médiane en haut</p> <p>rose latéral avec bleu médian qui Sont un couple bien attachés DCF+H, le vert en haut est</p> <p>une souris DCF-A</p>	<p>D F- Anat</p> <p>D F+ Anat</p> <p>Dd F+ Anat</p>

**Tableau n°10 : Résultat de test de rorschach de 4em cas**

Le psychogramme de hassiba est illustré dans le tableau suivant

Résultat	Type de pereception	déterminant	Contenu
R=16	G=3	F+=11	A=5
Refus=0	G%=19	F-=4	Ad=0
T.Total=8 '	D=10	F±=15	H=0
T.R=11.25	D%=62.5	KH=2	Hd=0
T.L=3	Dd=2	Kan=2	Anat=7
TRI=0K/0K	Dbl=1	K=0	Objet=0
Id=44	Dbl%=6.25	C=0	Frang=0

Fcomp :=0	H%=25	FC=0	Geo=0
R C=37.5		CF=0	Sex=0
Ban=2			Bot=0
F%=94%			
F+% =69			
F-%=25			
A%=62.5			
H%=0			
F%élargie=0			
F+%élargie= 0			

**Tableau n°11 : Le Psychogramme de 4em cas « Hassiba »**

#### **4.2.1. L'analyse qualitative de protocole de 4èm cas de Hassiba**

##### **L'impression générale**

La productivité est moyenne R=1 avec un temps total de 8' qui est inférieur à la norme (20-30), on a aussi un temps de latence qui est également au-dessous de la norme (10-20), il atteint 3' ce qui signifie son application personnelle.

##### **Le mode d'appréhension**

le protocole de Hassiba est remarqué par les réponses globale G qui sont inférieure à la norme (20-30%), G% atteint 19%, et le D % qui est dans la norme (60-68%), il atteint 62.5% , on remarque aussi une minorité des réponses Dd=2, Dbl=1

##### **Déterminants**

On remarque que le F% est supérieur à la norme (50-70) il atteint 94% ce qui signifie que toutes les réponses sont déterminées par la forme ce qui veut dire que le sujet voit la réalité de son côté formelle, et pour les F+%, il est inférieur à la

norme (80-85%), il atteint 69%, déterminé par une mauvaise perception du monde extérieur. Comme on remarque aussi l'absence des réponses couleurs qui signifie qu'elle manifeste un trauma.

### **Facteurs relevant de la dynamique conflictuelle**

Type de résonance intime TRC=0K/1C ce qui montre qu'il est extratensif, pour les kinesthésies aucune réponse ce qui ne signifie une pauvreté affective.

Indice de l'angoisse de Hssiba

- une très pauvreté de couleurs
- absence de réponse Clob, Bot, Sang, le Frag, Sex, Objet,
- le RC est dans la norme (30-40%), il atteint RC=35.5%
- le temps de latence est un inférieur à la norme (20-20), il atteint 3'
- une présence intense des Anat =7 et A=5
- présence pauvre des Ban =2

### **4.2.2. L'analyse de protocole de 4em cas « Hassiba »**

Les résultats révèlent une productivité limitée R=16, à partir de résultat on a établi que Hassiba s'est impliqué personnellement dans les planches, en donnant plus d'importance aux réponses détails D%=62.5 qui sont dans la norme (60-68), qui sont supérieures des réponses globales G%=19% qui sont inférieures à la norme (20-30%).

On relève une pauvreté de contenu H=0, Hd=0, C=1, Obj=0, Sex=0, Frag=0, Sang=0, Clob=0, Bot=0, mais elle a donné une certaine attention aux Anat=7, A=5, Ban=2. On remarque dans les planches maternelles où le sujet exprime son

choc par apport à l'image de sa fille handicapée avec Spina dans les planches suivantes :

planche1, 10 : « je vois la colonne vertébrale, je n'aime pas, ça me stresse »,  
planche 2, 6 et 10 : « je vois le trou au milieu qui ressemble au Spina », La  
planche 4 : « je vois l'utérus »

Ce qu'on constate que Hassiba projette toujours sa blessure narcissique aux planches cités qui lui reflète la maladie de Spina de sa fille. Comme on a remarqué les répétitions des critiques de soi tel que (je n'aime pas), (ça me fais peur, ça me stresse).

Les TRI montrent que Hssiba est extratensive, on remarque une richesse de de contenu, ce qui caractérise les réponses en générale c'est des réponses anatomique Anat=7, qui sont présenté avec formes positives dans les planche suivantes :

Planche 1: « je vois une colonne vertébrale ».

Planche 2, 6 et 10 : « le trou au milieu me rappelle Spina bifida », et  
laplanche10 : « au cotés je vois des nerfs »

Par apport aux formes négatives F- elles sont présentées dans les planches suivantes :

Planches 4 : « je vois l'utérus »

planche10 : « en haut ça ressemble à la colonne vertébrale ».

Pour les réponses A sont apparu avec formes positives dans les planches ci-dessous :

Planche5 : « un beau papillon ».

planche7 : « deux tête d'un animal », planche 8 :« les deux cotés sont des animaux ».

Comparés à A forme négatives qui sont présenté dans la planche 6 et 8:« une chauve-souris ».

Ce qui signifie que Hassiba, projette son retentissement du trauma via les planches cités précédemment qui donne une réflexion a la maladie de sa fille atteint de Spina bifida.

Hassiba préfère la planche 3 : qui renvoi à sa vie de couple bien unité et amoureux. Et par contre la planche indésirable c'est la planche10 : qui décrit la maladie de sa fille avec Spina Bifida. Et ses critique de sois qui présente par ses expressions « je n'aime pas du tout », « ça me stress », « je ne sais pas », « je n'aime pas ».

### **Synthèses des résultats de cas « Hassiba »**

Synthétisons l'analyse de l'entretien de Hassiba nous éprouver qu'elle manifeste toujours des signes de trauma et choc et l'image narcissique qui confirme d'après ses expressions « lors d'une visite chez le pédiatre pour un contrôle médiale c'est là où j'ai confirmé que ma fille est handicapé avec une maladie grave, que ce n'est pas un simple kyste , et surtout la façon de l'annonce été un terrible moment, en m'entendu ses paroles : ( comment connais tu pas la maladie de ta fille !, je n'aime pas recevoir à mes consultation ce genre de cas, car il n'ont aucun espoir de survirent ), je me suis sur place fondu en larme et m'évanouie » comme elle se sent coupable qui montre dans son récit : « j'aurais dû manger tous ce qui est aliments naturelles peur » comme on a remarqué les signes d'inquiétudes, d'angoisses et stresse qui se justifie par sa phrase « je pense toujours à l'avenir de ma fille qui l'apprendra en charge, et j'aime qu'elle

soit toujours parfaite, propre, belle et élégante malgré sa maladie juste pour ne pas lui faire sentir qu'elle manque de quelque chose ».

Dans son protocole on ne trouve pas la présence de kinesthésie et l'absence de couleur, ce qui range Hassiba dans la phase du trauma.

## **5. Présentation et analyses de 5<sup>em</sup> cas « Siham »**

### **5.1.1 Présentation et analyse de l'entretien de 5<sup>em</sup> cas « Siham »**

Siham est une femme âgée de 33ans mariée, d'un niveau d'étude secondaire, mère de deux enfants, dont l'aînée est une fille atteinte de Spina Bifida type plus grave Myéломéningocèle, habitait à Bejaia et d'une situation économique défavorable.

En abordant notre première question relative à son déroulement de grossesse, Siham avait un visage plein de tristesse, et lâchait des soupirs. Elle nous a raconté qu'elle a été enceinte de sa fille à l'âge de 25 ans .D'après les analyses faites de sa part, elle avait un manque de vitamine B9, sa grossesse était donc menacée. D'où la nécessité d'un traitement, commander un traitement

Vu sa situation socio-économique difficile, elle a arrêté les consultations chez son gynécologue après six mois de grossesse, elle les a repris à neuf mois. Et pendant tout ce temps Siham ne sentait pas la présence de son enfant dans son ventre, comme il ne bougeait plus.

Au terme de la grossesse, après examen gynécologique, son médecin lui a programmé la césarienne. Sihem nous parler qu'après l'accouchement j'ai demandé voire ma fille mais ils ont refusé de me le faire voir et que c'est là où j'ai commencée à m'inquiéter pourquoi, mais la fermière m'a dit ne vous inquiétez pas elle doit juste passer par de petit contrôles.

Après quelques jours, elle rentre chez elle avec sa fille sans qu'elle se rende compte de la maladie de sa fille, elle l'allaitait naturellement, sauf elle nous a dit que son mari est au courant mais, il a préféré de ne lui rien dire juste pour éviter la mauvaise nouvelle.

Quelques jours après, Siham apprenait froid la maladie de sa fille, par l'intermédiaire de sa belle-sœur, Siham nous a raconté que un moment de cauchemar, inoubliable, surtout la façon dont ma belle-sœur me l'avait dit ta fille n'est pas normale, qu'est-ce que tu as mangé durant ta grossesse sûrement est dû à ça. Sihem nous a dit : « j'ai précipité vers voir ma fille en levant ses vêtements, j'ai vu la boule derrière son dos qui fait peur, rempli de sang, transparente, une image horrible, je me suis fondu en l'arme, je disais c'est quoi ça, comment ça, impossible ma fille est malade, je suis choquée, je me suis senti vide, en voyant tout est noire, j'ai perdu connaissance ».

Après ses propos nous avons remarqué les larmes coulaient, la tête triste, stressée, esprit déprimé

D'après ses dires Sihem manifeste des signes de dépression qui engendrent des pleurs, refus de manger, insomnie, évite de voir personne, envie de rien. Sihem nous a affirmé : « c'est ma faute, j'aurais dû suivre les conseils du médecin et prendre ce qui me manquait comme traitement ».

Après avoir fait la valve pour sa fille, Sihem nous a dit qu'elle pensait plus à d'autres choses, sauf comment la prendre en charge, et elle arrêtait de manger, avec des troubles de sommeil, envie de ne voir personne elle s'isolait, elle commençait à sentir le fardeau que l'occupation de sa fille qui nécessite de répondre et satisfaire ses besoins, et effectuer tous les contrôles médicaux et la rééducation. Sihem disait que c'est vraiment difficile de prendre un enfant handicapé avec une telle situation et qu'elle n'arrive pas à répondre à ses besoins et même n'osait pas demander aux autres de l'aider même si elle est dans le besoin.

En complémentarité ces paroles, que d'après la naissance de sa fille handicapée, sa belle-famille et sa belle-mère qu'ils l'a méprisent, et la regardent à travers, jusqu'à arriver de couper le lien avec elle.

Pour ce qui dû au développement la fille de Siham, a acquis son gazouillement et babillage aux premiers mois, tout était normal, sauf que la position assise a été a une année et demi. A son âge actuelle 4 ans et demi, elle rampe.

Sihem disait qu'elle présente des complications de sante, à savoir, problèmes urinaires, difficulté de l'équilibration, avec deux pieds déformés, problèmes de hanches. Aussi, au présent elle présente de manque de concentration, elle parle beaucoup, très attaché à sa mère.

A ce jour Siham, disait qu'elle cachait toujours la maladie de sa fille au voisin et a l'entourage, et vit dans le doute de l'avenir de sa fille, ce qui nous donne une vue générale du cas de Siham qu'elle est encore dans son trauma et son inquiétude avec la présence de l'évitement.

Mais actuellement ce qu'elle ressentait beaucoup plus, c'est la charge des tâches quotidiennes, qui deviennent aussi lourdes, vu que le cout de la prise en charge qui demande une nécessite régulièrement des suivit médicaux, qui augmente d'une autre part, le souci de Siham,

## 5.2 Présentation et analyse des résultats du test de rorschach de 5em Cas

PL	Texte	Enquête	Cotation
I.	<p>^ 5"</p> <p>1-je vois une chauve souris, la planche ne me plais pas, je n'aime pas je ne peux pas la voire, ça me stresse, ça me</p>	<p>^</p> <p>toute la planche</p> <p>je vois toujours la même chose</p>	<p>GF+ A Ban</p> <p>CHOC</p>

	rappel mon vécu 41 "		
II	<p>∧∨ 9"</p> <p>2- je voie deux corps humains</p> <p>3- en bas c'est un cœur j'aime bien</p> <p>35"</p>	<p>∧</p> <p>toute la planche la planche ne me plaît</p> <p>le rouge bas</p> <p>le milieu qui est un trou DbIF+Frag,</p>	<p>G F+ H</p> <p>D F- Anat</p>
III	<p>∨∧ 2 "</p> <p>4- un papillon au milieu qui se balance, dance</p> <p>5- je vois en haut c'est des singes</p> <p>6- je vois dans Les deux parties des bébés mal formé, je n'aime pas, ça me stresse</p> <p>58"</p>	<p>∧</p> <p>rouge médiane</p> <p>rouge extérieur en haut</p> <p>les deux parties latérales noires supérieur avec la partie noire inférieur</p>	<p>D Kan A</p> <p>D F+ A</p> <p>D F+ H</p>
IV	<p>∧∨ 5"</p> <p>7- je vois une chauve-souris moche</p> <p>35"</p>	<p>∨</p> <p>toute la planche je n'aime pas ça me stresse, ça me rappel ma douleur et ma souffrance</p>	<p>GF+A CLob</p>

V	<p>^ 3 "</p> <p>8- une chauve-souris qui me fait peur, je n'aime pas la couleur</p> <p>28"</p>	<p>^v</p> <p>toute la planche</p> <p>Selon sa forme est un papillon qui se balance, mais la couleur je n'aime pas</p>	<p>G F+A Ban</p>
VI	<p>v^ 17 "</p> <p>9-je n'aime pas la petite tache, la couleur, ça me stresse, ça fait peur,</p> <p>10- le trou qui ressemble à la SP qui me fait rappeler ma première vu de la maladie de ma fille</p> <p>47"</p>	<p>La petite tache claire dans l'axe médiane</p> <p>Extrémité supérieur</p> <p>la partie supérieure comme feuille d'un arbre DF+Bot</p>	<p>D F+ Anat</p> <p>Dd F+ Anat</p>
VII	<p>13"</p> <p>11- je vois des nuages éparpillés dans le ciel 28 "</p> <p>12-Le milieu qui représente le vide, mon anxiété, ma tristesse et le mal entourée</p> <p>40"</p>	<p>^</p> <p>toute la planche</p> <p>toujours des nuages</p> <p>grande lacune centrale</p>	<p>G F+ Frag</p> <p>D F+ Clob</p>

<p>VI</p>	<p>^ « 3</p> <p>une image riche en couleurs</p> <p>13-les deux cotés sont animaux qui essayent de montés qui me font peur, ne sont pas beaux</p> <p>14-le gris en haut qui ressemble à une araignée qui me fait peur</p> <p>15- en bas c'est un papillon, mignon</p> <p>41"</p>	<p>∨^</p> <p>Partie rose latéral</p> <p>Gris en haut</p> <p>Le rose et orange en bas</p>	<p>D KAN A</p> <p>D CF- A</p> <p>D F+ A</p>
<p>IX</p>	<p>^26"</p> <p>16- je vois les montagnes</p> <p>17- en bas en dirais c'est des épaules d'un humaine</p> <p>31"</p>	<p>^</p> <p>Toute la planche</p> <p>Partie rose entière en bas</p>	<p>G F+ Geo</p> <p>D F+ Hd</p>
<p>X</p>	<p>^∨ 5 " toutes sortes de fleurs joyeuses, belles, j'aime bien, ça donne l'espoir, la vie, la paix</p> <p>18- à l'intérieur ça me rappelle les pansements de Spina sur ma fille.</p>	<p>^</p> <p>le bleu médian</p>	<p>D F+ Anat</p>

19- et à cotés c'est des scorpions qui piquent je n'aime pas aussi 58"	bleu latéral	D F+ A
---	--------------	--------

**Tableau n°12** : Résultats de test de rorschach

Le tableau suivant présentera le psychogramme de 5em cas

Résultat	Type de perception	Déterminant	Contenu
R=19	G=6	F+=15	A=9
Refus=0	G%=32	F-=2	Ad=0
t.total=6'.9"	D=12	F±=17	H=2
T.R=5'.57"	D%=63.15	K=0	Hd=1
T.L=1'.46"	Dd=1	Kan=2	Anat=4
TRI=0K/9C	Dbl=0	C=9	Objet=0
Id=26.31	Dbl%=0	FC=2	Frang=1
R C=37		CF=7	Geo=1
Ban=2			Sex=0
F%=89.47			Bot=0
F+%=79			Clob=2
A%=47.36			
H%=26.31			
F%élargie=0			
F+%élargie= 0			

**Tableau n°13**: Le psychogramme de 5em cas « siham »

**5.2.1. L'analyse qualitative de protocole de 5<sup>em</sup> cas « Siham »****L'impression générale**

La productivité de ce protocole est dans la moyenne (20-30) ; qu'il atteint  $R=19$ , et le temps totale qui est très bas à la norme (20' ; 30"), il atteint 6'.9", ce qui indique un trauma / angoisse

**Les modes d'appréhension**

On constate dans ce protocole que le  $G\%=32$ , il est supérieur à la norme (20-30), les  $D\%=63.15$ , il est dans les normes (60-68).l'absence de  $Dbl=0$ , et  $Dd=1$

**Les déterminants**

On voit dans ce protocole que le  $F\%$  atteint 89.47, qu'il est supérieur à la norme (50-70), ce qui renvoie à l'attention du sujet pour les formes des planches. Et le  $F+\%$  est atteint presque les normes (80-85), il est à 79% ce qui signifie que le sujet interprète positivement le monde extérieur.

**Les facteurs relavant de la dynamique conflictuelle**

Type de résonance indique le  $TRI =0K/1C$ , montre que Siham est introvertie, on remarque une absence de kinesthésie  $H=0$ , une seul présence kinesthésie animale  $Kan=1$  et les  $H=2$ ,  $Hd=1$ , par contre une présence intense des  $A=9$ , ce qui indique que le sujet se projette aux images animale.

**Indice d'angoisse de Siham**

-Absence de K

-Une pauvreté de couleurs

-une présence remarquable des Anat qui indique un choc et projection de la maladie de sa fille

### 5.2.2. L'analyse du protocole de 5<sup>è</sup>m cas Siham

Les réponses issu de ce teste révèlent une récolte moyenne  $R=19$ , ce qui nous donne une intuition que Siham s'impliqué personnellement, nous avons noté aucun refus. Le mode d'appréhension on optant des partielle qui dépasse largement des réponses globale, même si les  $D%=63.15$  qui indique sont dans la norme. Et Les  $G%=32$  qui sont légèrement supérieur à la norme (20-30). Ce qui explique qu'elle se focalise aux détails.

On Discerne une petite variation de contenu :  $Geo=1$ ,  $Frag=1$ ,  $Hd=1$ ,  $CF=1$ ,  $Clob=2$ ,  $Ban=2$ ,  $Kan=2$ ,  $Anat=4$ , à l'inverse des  $A=9$  qui sont plus fréquent.

On observe la présence des  $H%$  qui atteint 26.39 cela indique que Siham ressent une culpabilité qui renvoie aux planches ci-dessous :

planche2 : « je vois deux corps humains »

Blessure narcissique qui marqué dans la planche 3 : « deux bébés mal formés, je n'aime pas, ça me stresse ».

Pour les  $Anat$  qui atteignent les 4 nombres qui se réfère à la maladie de sa fille qui est liés aux planches suivantes :

Planche 6 : « on trouve deux réponses, je n'aime pas la petite taches, ça me stresse, ça me fait peu » et « le trou qui ressemble au Spina, qui me fait rappeler ma première vu de la maladie de ma fille ».

planche10 : « à l'intérieur je n'aime pas du tout ça me rappelle les pansements de Spina sur ma fille ».

On remarque que les  $F%$  dépasse la norme (50-70), il atteint 89.47% ce qui caractérise une capacité d'apprécié correctement le coté formelle des planches, le  $F+%$  est atteint la norme (80-85), il est à 79% ce qui explique qu'elle est dans le contrôle. En revanche, à les  $F-$  qu'il atteint 2, qui sont inferieur à la

norme. Ce qui définit que c'est un protocole restreint, que Siham est dans l'inhibition bloqué. Et son RC=37.

Dans les kinesthésies humaines, le sujet n'a pas cité aucune sauf que dans les kinesthésies animales on trouve 2 Kan qui sont conjoint à la fonction de mouvement, qu'on peut justifier par les planches ci-dessous :

Planche3 : « un papillon qui se balancent, dansent », et la planche 8 : « des animaux qui essayent de monter ». Le nombre inférieur à la moyenne de kinesthésie égale un problème de la régulation des pulsions.

Les réponses couleurs sont presque quasi nulles CF=1 ce qui prouve que sujet manifeste un trauma et choc, le TRI montre que le Siham est introvertie ce qui explique inhibition et son blocage à exprimer.

D'après ses réponses on constate que la blessure narcissique et le choc chez Siham se manifeste, vu l'absence des kinesthésies, et une minorité de couleurs, avec la présence des Anat qui renvois a l'image du corps de sa fille et sa maladie. On optant sa planche préférée est 10 : « toutes sortes de fleurs, joyeuse, belles, j'aime bien et que ça donne l'espoir », et la planche : 4 reste indésirable « une chauve-souris moche » avec la présence de critique de sois tel que « je n'aime pas », « ça me stress », « ça me fais peur »

### **Synthèse des résultats de cas de « Siham »**

Au terme de cette analyse, on constate que la culpabilité sur manifeste chez Siham selon ses expression « pourquoi il ne me l'a pas dit avant j'aurais pu l'avorter, au lieu de cette souffrance » et aussi ressenti de sa belle-mère qui là méprise « elle me voit d'un regarde à travers, et me le fait dit que je suis la cause de ma fille handicapé ». Comme nous avons remarqué les sentiments de honte le faite de nous dire le jour de notre avec qu'elle « j'espère bien que vous n'aviez pas mentionnée mon nom car je ne veux personne le sache que ma fille

est malade», « j'évite toutes sortes interrogatoires de mon entourage » et « je n'oserais faire l'appel à la radio pour me bénéficier d'aides par peur qu'ils m'identifient », rajoutant des signes de dépression vu le manque d'appétits , insomnies, humeur triste et des pleurs à nos jours. D'après ces éléments en résulte que Siham avérée un trauma.

## **6. Présentation et analyse de 6<sup>em</sup> cas**

### **6.1. Présentation et analyse de l'entretien de 6<sup>em</sup> cas « Dahbia »**

Dahbia est une femme au foyer mère de 3 enfants, âgée de 35ans elle est de la bonne situation économique, son niveau intellectuel secondaire, habitait a Bejaia, elle vit avec ses beaux-parents.

Pour effectuer notre entretien avec Dahbia, on 'est dû se déplacer chez elle, vu l'impossibilité quelle vienne à l'association, une fois arrivé on s'est présenter notre et expliquer notre motif de présence, ce qui fait qu'elle s'est montrée perplexe mais, une fois expliqué que ses données personnelles resteront dans l'anonymat, elle a finalement accepté de se confier à nous.

On entame le sujet relié à son histoire de grossesse, on a remarqué que Dahbia changement de traits de visage, lâchant de soupire disait qu'elle n'aimait pas se rappelée de son vécu et sa souffrance pendant cette période, puis elle nous a énoncé que sa grossesse été bien diagnostiqué, avec un suivi régulier et des bilans normaux mais, jusqu'aux derniers mois elle sentait des douleurs intenses et le bébé qui ne bougeait pas, elle nous a confirmer qu'elle a décidé de voire le gynécologue pour assurer d'où ça vient ceci et apaiser son inquiétude , et lors de sa visite le médecin ne lui a rien dit , on lui rassurant que son bébé va bien juste que son accouchement sera par césarien , donc Dahbia a continuer sa grossesse normalement , effectuant les achats et les préparation de

son bébé avec tous fantasmes et imagination et hâtait de le prendre dans ses bras.

A l'arrivé de l'accouchement après quelques heures, elle a repris sa conscience, elle a immédiatement demandé voire sa fille, mais le médecin, lui a dit pas maintenant, elle doit passer par des contrôles, sans lui montrer que sa fille atteinte d'une maladie grave et handicapante.

Au retour à la maison, entourée avec sa belle-famille Dahbia nous a informer « à mon arrivé à la maison, je voyais ma famille avec des visages inquiétants et attristants, une fois rentrée à ma chambre cherchais voire ma fille, je l'ai vu avec un beau visage et claire j'étais contente de l'avoir ainsi ».

Mais en complémentarité Dahbia disait : « à chaque fois j'aille voir ma fille ils me tiennent, on me disant laisse la dormir mais une fois j'ai décidé de la voire mon mari qui me dit prend la doucement avec un visage aussi triste c'est là où j'ai su que ma fille est gravement malade et quand je l'ai vérifiée, j'ai vu la mal formation qui derrière son dos apparait comme une boule, c'était une image monstrueuse, je me suis évanouie » .et tous ce temps Dahbia nous disait qu'elle a arrêté de manger, je ne dormais plus, s'isolait des gens , envie de rien, heureusement j'ai le soutien t de mon mari qui me donne la force de résister et le courage, et d'être optimiste, mais je ne me cessais pas de poser de tas de question comment s'été passer , c'est quoi cette maladie 'd'où vient 'il, pourquoi el médecine m'a pas prévenu », rajoutant a ses dires : « qu'après 15jours ma fille a du faire l'opération entre temps le médecin qui m'a expliqué la nature de la maladie en précisant les conséquences au cour de développement ma fille, en entendant ça, je me suis sentait tout mon âme s'est coulait, sentir aucune valeur et coupable de l'état de ma fille, je me demandait pourquoi le médecin ne m'a pas prévenu de prendre cette prise de l'acide folique, je doutais de sa pris en charge , j'étais perdu ,stressée ... ».

Après la chirurgie je passais mon temps qu'avec ma fille en prenant soin d'elle soigneusement, pensant toujours à son avenir comment elle deviendrait et la peur qui me suivit sans cesse.

Au déroulement de l'entretien, nous avons remarqué Dahbia parlé avec une tristesse, des larmes aux yeux coulait, frottait ses mains, elle nous a parlé des complications qui apparaît au cours de développement de sa fille tel que : mal formation des jambes, trouble urinaire, constipation, trouble de mémoire trop attaché à sa mère, difficulté de tenir et des prothèses des pieds sont indispensable, sauf le développement de gazouillement et le babillage passait normale mais a partir une année et demi la position assise qui été tardive. En sentant la honte et la culpabilité quand sa fille lui disait : « pourquoi je ne suis comme les autres pour quoi je n'arrive pas marcher et courir comme mes copine, cela me fait rappeler ma faute et me fait mal envoyant ma fille incomplète ».

Renforcer son entretien Dahbia parlait sur le poids lourd de la prise en charge de sa fille, épuisement physique et psychique vu les demandes des soins médicaux et rééducation réglementaire ainsi la nécessiter de ma présence cela m'a affaiblit et affecter mon mode de vie et en couper en parallèlement avec de deux autres enfants.

### **La synthèse de l'entretien de cas « Dahbia »**

On constate d'après l'entretien de Dahbia qu'elle s'est traumatisé vu qu'elle a passait un vécu difficile, douloureux avec sa fille atteint Spina Bifida avec une occupation attentif et une dépendance totale à sa mère et la surcharge qu'elle subit qui devient exténuant cela reporte a ses signes dépressive qu'elle ne mangeait pas, trouble de sommeil, anxieuse et soucieuse.

Reliant à ses propos et ses manifestations décrivant son expérience malheurs relatif à la naissance de sa fille handicapante avec tous ce qu'elle a subit

comme choc et sentir coupable à l'état de sa fille, et vu qu'elle sente douteuse et inquiétante et même épuisé de la lourdeur de la prise en charge, tout ça affirme de Dahbia est toujours dans le trauma.

### 6.2. Présentation et analyse des résultats de test de rorschach de 6<sup>em</sup> cas

PL	Texte	Enquêtes	Cotation
I.	<p>^ 11"</p> <p>1-une image qui me fais peur, je n'aime pas la couleur ressemble peut être à une tête d'un animale</p> <p>2- Voici les quatre yeux qui me fais peur en dirais c'est n monstre</p> <p>27"</p>	<p>^v</p> <p>Toute la planche</p> <p>les quatre lacunes intérieures médianes</p>	<p>GF-Clob Ad</p> <p>Ddbl F+Hd</p>
II.	<p>v 15"</p> <p>3- le milieu c'est un cœur, beau, ça donne la vie et l'amour</p> <p>18"</p>	<p>Grand lacune centrale</p>	<p>DbLF+Anat</p>
III.	<p>v^ 16"</p> <p>4- deux bébés malformée, sans mains, je n'aime pas ça ressemble aux enfants handicapés</p> <p>5-au milieu qui est un papillon,</p>	<p>^</p> <p>Les deux parties noires latéral</p> <p>Rouge médian</p>	<p>GF+H</p> <p>DF+A Ban</p>

	beau  6- le haut c'est peut être une tête d'un animal  31"	Le rouge extérieur en haut	DF+Ad
IV.	$\wedge \vee < 16''$  7- Une forêt, plein d'arbres mais je n'aime pas la couleur  32 "	$\vee \wedge$  Toute la planche Je vois toujours la même chose	GF-Bot
V.	$\wedge 6''$  8- une chauve-souris je n'aime pas  33"	$\wedge$  toute la planche même chose	GF+A Ban
VI.	$\wedge \vee 32''$  9-face de chien  27"	$\wedge \vee$  Toute la planche	GF-Ad
VII.	$\vee$ refus	$\wedge \vee$ refus	Refus
VIII	$\wedge < \vee 15''$  8 10-Dans l'ensemble de la planche je vois l'utérus  11- au milieu le trou qui ressemble à SP	$\wedge$  Toute la planche  lacune médiane dans le bleu en haut	GF+ Anat  Dbl F+Anat

	<p>12- les deux cotés sont des animaux qui essayent de montés en haut 50"</p>	parties rose latéral	DF+A Kan
IX.	<p>^ 13" je n'aime pas l'image, un danger comme si une 13- une bombe qui va s'explorer  14- un œil d'animal au milieu que je n'aime pas aussi qui fais peur 35"</p>	<p>^  toute la planche  partie inférieur de lacune centrale</p>	<p>GF+Frag  DdF+Ad</p>
X.	<p>^ 16 " 15-toutes sortes d'animaux et insectes qui me font peur  16- au milieu de l'image c'est des yeux ou le nez que je n'aime le regarde ça me fais peur  17-les deux cotés c'est des cellules d'un être humain 58"</p>	<p>Toute la planche  Le brun médiane eu haut  Le bleu latéral</p>	<p>GF+A  DF+ Hd  DF+ Anat</p>

**Tableau n°14 : Résultat de test de rorschach « Dahbia »**

Le psychogramme de dahbia est donné dans le tableau suivant

Résultat	Type de perception	Déterminant	Contenu
R=17	G=8	F+=14	A=4
Refus=1	G%=47.07	F-=3	Ad=4
t.total=5'.18"	D=4	F±=17	H=1
T.R=9	D%=24	K=0	Hd=2
T.L=2.33	Dd=1	Kan=1	Anat=4
TRI=0K/0C	Dbl=2	C=0	Objet=0
Id=35.29	Dbl%=	Kp=0	Frang=1
Fcomp :=0	Ddbl=1	FE=0	Geo=0
R C=47.05		FC=0	Sex=0
Ban=2		CF=0	Bot=1
F%=100		FC'=0	
F+%=82.35			
A%=24			
H%=24			
F%élargie=0			
F+%élargie= 0			

**Tableau n° 15:** Le Psychogramme de cas de Dahbia

### 6.2.1. Analyse qualitative de protocole de 6<sup>em</sup> cas

#### **Impression générale**

La productivité des résultats est dans la moyenne  $R=17$ , avec un temps totale de  $5',18''$  qui est inférieur à la norme ( $20'-30'$ ) et un temps de latence  $2',33''$  qui est aussi au-dessous de la norme ( $10'-20'$ ), ce qui signifie son inquiétude.

#### **Le mode d'appréhension**

le protocole est caractérisé par une supériorité des réponses globales  $G\%$  qui atteint  $47.07$  qui sont supérieures à la moyenne ( $20-30\%$ ), pour les  $D\%$  qui est un inférieur la norme ( $80-85$ ), il atteint  $24$ , on remarque la présence  $Ddbl=1, Dbl=2, et Dd=1$ .

#### **Les déterminants**

On a le  $F\%$  qui est supérieur à la norme ( $50-70\%$ ), il atteint  $100\%$  qui veut dire que toutes les réponses de sujet sont déterminées par la forme et qu'il voit la réalité de son côté formelle, pour les  $F+\%$  il atteint  $82.35$  qui est dans la norme ( $80-85$ ). Désigner par une bonne perception du monde extérieure.

Les réponses couleur sont totalement néant  $C=0, CF=0, FC=0$  ce qui explique qu'elle manifeste du trauma.

#### **Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle**

Type de résonance intime le  $TRI= 0k/+0C$ , ce qui montre qu'elle est introvertie, pour les kinesthésies on remarque qu'une seule kinesthésie animale  $Kan=1$  ce qui illustre une pauvreté affective, et l'absence de kinesthésie humaine  $K=0$ .

#### **Indice d'angoisse de cas de Dahbia**

-absence de réponses couleurs

-absence d'obj, Sex

-RC =47.05 qui est supérieur à la norme (30-40%)

-pauvreté de réponse Ban =2

### **6.2.2. Analyse de protocole de Dahbia**

La récolte des données résultent une productivité limitée par R=17, on note un seul refus qui revient la planche7, partir de là on observe que le sujet s'est impliqué personnellement dans les planches, on optant une perception globale G%=47.07 qui dépasse largement les réponses partielles D%=24, ce qui explique qu'elle tient beaucoup au générale, on sélectionne une mixité de contenu.

En débutant par des réponses Anat qu'on a trouvé plusieurs dans les planches suivantes :

planche 2 : « au milieu c'est un cœur beau, ça donne la vie et l'amour » ,

planche 8 : « on trouve deux réponses, « je vois l'utérus », « au milieu je vois le trou qui ressemble à Spina ».

La planche 10 : « les deux cotés c'est des cellules d'être humain », cela indique que le sujet à projeter son vécu traumatisé par un passage imaginer dans les planches précédentes

Ainsi nous avons relevé le même nombre 4 dans les Ad=4 cela est reliés aux planches suivantes :

Planche 1 et 3 : « ressemble à une tête d'un animale, je n'aime pas »

planche6 : « une face de chie »

planche9 : « un œil d'un animal, que je n'aime pas et que me fait peur » ci-après pour les A=4 on les voit dans tel planches :

Planche 3 : « au milieu est un papillon, beau », et la planche 5 : « une chauve-souris que je n'aime pas », planche 8 : « les animaux qui essayent de monter en haut », et la planche 10 : « toutes sorte d'animaux et insectes qui me font peur ». Cette existence des A et Ad dans ce protocole nous avons appréhendé que Siham reflète ses images animale avec détail.

Malgré une pauvreté des H=1 et Hd=2, on peut affirmer la réflexion de la blessure narcissique qui s'est présentée dans les planches celle-ci :

Planche 1 : « voici les quatre yeux qui me font peur en dirais un monstre », planche 3 : « deux bébés mal formés, sans mains, je n'aime pas, à ressembler aux enfants handicapés » et la dernière planche 10 : « c'est des yeux où le nez que je n'aime pas le regarde, ça me fait peur ».

Pour la présence du Clob =1, cela détecte le sentiment de choc, peur chez le sujet qui est relié à la planche 1 : « une image qui me fait peur qui ressemble peut-être à une tête d'un animal », et Ban=2, Bot=1, Frag=1, et une seule kinesthésie animale Kan=1.

Pour les réponses formelles on constate que le taux de F%=100% qui dépasse les normes, et les F+% qui sont dans les normes, il atteint 82.35, cela signifie que le sujet est capable de reconnaître correctement les choses, par contre les F- sont inférieures de la norme c'est un protocole inhibé et bloqué, et pour le RC=47.05.

D'après les résultats obtenus nous avons aperçu que le sujet a vécu des moments difficiles qui ont engendré un trauma et choc qui se manifeste par ses expressions de critique de soi. On trouve deux réponses dans la planche 1 : « je n'aime pas », « ça me fait peur » qui affirme dans la planche 3 : « deux bébés mal formés, sans mains, je n'aime pas, ça ressemble aux enfants handicapés », tandis que la planche préférée est la planche 2 : « le mieux est un cœur beau, ça donne la

vie et l'amour », et l'absence de couleurs et de kinesthésies quasiment nul , ce qui nous fait classé Dahbia dans la phase de dépression et trauma.

### **Synthèse des résultats de cas « Dahbia »**

D'après l'entretiens de Dahbia, nous avons retirés les signes de trauma telle que le sentiment de choc qui montre a ses dire : « une fois mon mari m'a dit prend ta fille tout doucement avec un visage aussi triste c'est là où j'ai su que ma fille est gravement malade, et quand j'l'ai vérifiée, j'ai vu la mal formation qui est derrière son dos apparait comme une boule c'été une image monstrueuse », « je me suis évanouie », « j'aurais dû prendre l'acide folique avant , je ne savais pas », « j'aurais dû chercher plus mieux pour éviter ce genre de conséquence », et elle présenté des signes de dépression tel que manque d'appétit ,insomnie et des pleurs , et son inquiétude vers sa filles comme elle l'a dit « depuis la naissance de ma fille , et suis-je devenu très vigilante et attentive je m'inquiète pour tout vu que cela me rend coupable de son état.

On conclusion, nous avons révéélé que Dahbia Manifeste Un Trauma.

## **7. Discussion d'hypothèses**

Nous arrivons enfin à la discussion des hypothèses présumée dans ce chapitre d'après notre analyse faite avec les 6 cas (mère des enfants handicapés), nous constatons qu'elles sont confirmées.

### **7.1. Hypothèse**

L'hypothèse 1 : la naissance d'un enfant handicapé porteur le spina bifida provoque un trauma.

D'après l'entretien clinique et les résultats de l'analyse de protocole de nos sujets nous avons aboutie à confirmer nos hypothèse, tous nos cas ont un vécu traumatisant et de conduites agressives, on a trouvé dans le protocole des

éléments qui nous ont prouvé qu'il y'a un aspect de trauma et leur retentissement qui renvoi aux trois cas talque Hayette ,Sihem et Hassiba manifestent les signes de culpabilité et honte qui affirme d'après leurs expressions « j'aurais dû prendre l'acide folique », « je suis la cause de l'état de ma fille »,et « suivit le traitement et les conseils de médecin », « je cache et je ne veux pas que les autres sache sur la maladie de ma fille » ainsi le regarde à travers « regarde leur fils il rampe » « pour quoi je ne suis pas comme les autres filles marchaient » , comme Kaufman la définit « sentiment plus au moins diffus, de commettre une faute nécessaire a toute vie sociale mais parfois douloureux, et contraint le sentiment de culpabilité et l'impression de ne pas être juste d'avoir en fantasme ou réellement enfreint un tableaux de nourrir un désir défendu d'avoir eu un comportement coupable face à tel personne ou tel situation, il en naît une forte angoisse et une tendance à auto accusation, également défini la honte « une sensation inter d'être complètement diminuer ou un suffisant en tant que personne. C'est le soi qui juge le soi, un moment de honte peut constituer une humectation si douloureuse ou une avanie si profonde que l'on se sent dépouillé de sa propre dignité exposer dans une incapacité totale, mauvais ou passible de rejet » . Par suite les attitudes de désespoir, la colère, l'anxiété et la tristesse qui reliés aux paroles des cas équivalente vis-à-vis au médecin « pourquoi il ne me l'a pas prévenu», « j'aurais dû suivre le traitement » et « comment elle deviendra » « je pense toujours à son avenir »

Comme constat lamarche définit « Le désespoir et la colère succèdent à la négation, C'est alors que les parents se rendent compte de l'incapacité réelle ou de la déficience de l'enfant. Les problèmes occasionnés par la présence de l'enfant passent au premier plan. Les parents se demandent: «Pourquoi cela arrive-t-il à nous plutôt qu'à d'autres? La colère qui se manifeste durant cette troisième étape est dirigée vers soi-même, vers le conjoint, vers l'enfant, vers les professionnels ou vers l'entourage» ainsi « Ils espèrent un progrès mais

craignent que le traitement ne donne pas les résultats escomptés. Leurs sentiments sont extrêmement ambivalents. Es s'interrogent sur leur capacité de vivre tout en assumant le handicap de leur enfant. Et d'après Bouris Guimpel détermine la colère « comme un état affectif violent et passager résultant du sentiment d'une agression, mais contentement et accompagnée de réactions brutales et une réaction à un événement ou le résultat d'une interaction entre un désir et une attente et un élément contraire ».

Ainsi Constance Lamarche écrivait sur l'agressivité et la négation lors de l'annonce qui reflètent chez Akila et Mériem selon leurs propos disent : « ou le médecin lui disant pour quoi vous laissez ce genre d'enfant naître, votre fille ne va pas survivre ... » et la négation qui apparaît dans leur paroles « jusqu'au maintenant je n'arrive pas à saisir les raisons de cette maladie ».

Au finale, tous ces signes confirment que les 6 cas étudiés manifestent des signes de dépression et un vécu traumatisant à la présence d'un enfant handicapé. Suite à notre discussion des hypothèses nous avons relevés des signes de trauma tel que le choc à la naissance, la culpabilité, la honte, colère et l'agressivité avec la manifestation de la blessure narcissique, comme s'est décrit par des auteurs :

Trauma, selon une acception psychanalytique, est entendu comme ce qui submerge l'appareil psychique et déborde l'activité représentationnelle. Le refoulement et les représentations échouent à se constituer et l'événement à potentiel traumatique ne peut être pris en charge par les représentations.

Freud et les travaux de Ferenczi, pour lequel le traumatisme ne se limite pas au fantasme de séduction, le traumatisme renvoie à l'effraction de l'appareil psychique, débordé dans ses qualités pare-excitantes. Sur la scène réelle ou externe, l'événement, unique ou cumulatif, provoque une effraction, exigeant un travail psychique d'élaboration. Dans le registre interne, la pulsion

requiert, déjà, un travail de liaison. Or, dans le cas du trauma, le psychisme ne parvient pas à liquider l'excitation, laissant des traces perceptives, dont le surinvestissement s'effectue au détriment de la représentation

Lorsque arrive au monde un enfant pas comme les autres, ces tout l'univers qui bascule. L'annonce de diagnostic qui suit par des signes par des mécanismes de défense de dépression décrit par Constance Lamarche mécanisme contre la trop grande brutalité du choc. Parent pourra se retrouver submerger par un sentiment extrême d'injustice.

### Conclusion

Dans un point de vue générale, dans la plupart des cultures la naissance d'un enfant handicapé fait l'objet d'un vaste tabou est entraîné des conséquences particulièrement importantes quand à vis sociale des familles et découlent d'un accident provoque toujours une crise dans le couple.

L'arrivée d'un enfant handicapé chamboule toute une vie. Il faut tirer un trait sur l'enfant rêvé, et surtout, vivre au rythme des rendez-vous médicaux, des soins à prodiguer à l'enfant handicapé. Avoir un enfant est déjà une épreuve en soi pour le couple, mais la fatigue est décuplée dans cette situation.

Lors de l'annonce de la déficience ; la mère va passer de l'enfant du rêve à l'enfant de cauchemarde, cette métaphore illustre bien le passage pour les parents de l'image d'un enfant idéalisé qui sera certainement le plus beau, le plus intelligent et plus santé a un enfant porteur d'un handicap avec toute la connotation négative, la fatalité et des illusion qui peuvent et être associé, face a cette annonce les parents subissent en réel traumatisme.

Le travail auprès d'enfants handicapés et de leurs parents montre que la nature du handicap et sa lourdeur ne permettent en aucun cas d'expliquer les différences entre couples dans la manière de construire, avec leur enfant handicapé, certains couples s'enfoncent dans la dépression et dénis même aller jusqu'à a négation et refus les parents d'enfant handicapé en se focalisant sur la période de la petite enfance, sur la mère et plus particulièrement sur le temps

Lorsqu'il est atteint d'un handicap, tout se passe comme si l'enfant renvoyait ses parents à leurs angoisses de mort et de castration, au lieu de soutenir l'illusion narcissique nécessaire à l'opération symbolique et au projet d'adoption. Ils ne se sentent pas gratifiés par ce nourrisson si différent de celui

dont ils avaient rêvé et qui peut être vécu comme mettant au grand jour ce qu'ils auraient voulu cacher. C'est pourquoi, avant de pouvoir être pensé, un enfant avec un handicap est perçu comme un objet inattendu, non reconnaissable. Or, la surprise est fondatrice de la parentalité, lorsque la gestion de l'inconnu ne dépasse pas les capacités de contenance parentale.

Le trauma maternel est considéré comme un facteur de risque pour le développement socio-affectif et cognitif de l'enfant ce qui provoque l'interaction entre la mère et l'enfant ayant porteur la maladie Spina Bifida, en particulier comprenant la capacité de cette dyade à réguler mutuellement l'interaction. Donc le trauma est un sentiment d'impuissance inapproprié menacé par la blessure de l'image narcissique, de l'enfant de rêve à l'enfant de cauchemar. Ce qui définit comme un évènement survenu dans sa vie. Qui engendre l'épuisement de ses capacités psychiques qui devient incapable de mesurer et d'intégrer les effets

D'après l'analyse de contenu des entretiens et de teste de notre groupe d'étude, nous permet de dire que les mères ayants des enfants porteur Spina Bifida présente un grand nombre d'implication psychologique chez la mère rajoutant que la naissance d'un enfant handicapé génèrent des problèmes de gestion et d'équilibres sur le couple et la fratrie, ce dernier qui provoque des sentiment de jalousie et une rivalité de colère ainsi des problèmes de santé en conséquences a la négligence de leurs mère qui s'occupe de l'enfant handicapé.

En effet, on a déduit que là plus part des cas présente un sentiment de culpabilité, colère et peur intense ce qui nous amené à conclure que la naissance d'un enfant porteur Spina bifida provoque un Trauma chez les mères.

*Liste*  
*bibliographique*

## Liste des ouvrages

- 1- BERNARD Golse, (**le développement affectif et intellectuel de l'enfant**) 3<sup>e</sup> édition Masson, 2002.
- 2- CATRINE Chabert, (**Le rorschach en clinique adulte**) 3<sup>e</sup> édition Dunod, Paris, 1983.
- 3- CATHRINE Tourrette, MICHELE Guidetti, (**Introduction à la psychologie du développement du bébé à l'adolescent**), 2<sup>e</sup> édition Armond collin, Paris, 2002.
- 4- C. Derouesne, L. Lacomblez, (**sémiologie des troubles de la mémoire**), édition masson, Paris, 2007.
- 5- CECILE Beizmann, (**Livre de cotation des formes dans le rorschach**), édition du centre de psychologie appliquée, Paris, 1966.
- 6- CLAUD Gauyette et coll, (**handicap et retard de développement, prévention et intervention précoce**) édition Belivan, 2010.
- 7- CRISTOPHE-Loic Gerard, (**Clinique des troubles des apprentissages**), édition de boeck, Paris, 2011.
- 8- DIANA E. Papalia, RUTH D. Feldman, (**Psychologie du développement de l'enfant**) 8<sup>e</sup> édition Maxim forcier, Canada, 2014.
- 9- EVELYNE Pewziner, (**Naissance et développement de la psychologie**), 2<sup>e</sup> édition Dunod, Paris, 2002.
- 10- J. Bergeret, (**Psychologie pathologique, théorique et clinique**), 10<sup>e</sup> éditions Masson, 2008.

## La liste bibliographique

---

- 11- J.DE AJURIAGURA, D.Marcelli, (**psychopathologie de l'enfant**) 2<sup>e</sup> édition Masson, Paris, 1984.
- 12- L .Lim Sabbah, (**processus psychopathologique,unite d'enseignement**), édition masson, 2010.
- 13- HUGUETTE Bucher, (**Developpement et examen psychomoteur de l'enfant**), 2<sup>e</sup> édition Masson, Paris, 2002.
- 14- PATRICK Chemla et coll, (**Actualité du trauma**), édition Errés, Paris 2000.
- 15- MARIE-Michele Bourrat,ROGER Garoux, (**Les relation parents–enfants de la naissance à la puberté**), édition Armond collin, Paris, 2003.
- 16- MICHELE Guidetti, CATHRINE Tourrette, (**Handicap et développement psychologique de l'enfant**), 2<sup>e</sup> édition Armond collin, Paris, 1999.
- 17- NICOL Guedeney,ANTOINE GUEDENY, (**L'attachement approche théorique du bébé à la personne âgée** ), 3em édition,Elsevier Masson , Paris, 2009.
- 18- NICOL Guedeney, (**L'attachement au lien vital**), édition Faber, Paris, 2007.
- 19- OLIVIER Brondeau , (**Développement cognitif de l'enfant, aspects normaux et pathologique**), édition Delagrave,2012.
- 20- P, PIALOUX, M.Vltat, et ALL, (**Précis d'orthophonie**), édition Masson, 1975.

21- SYLVIE Viaux Savelon, (**Recherche clinique en périnatalité ; impacte du périnatal sur la psychopathologie du bébé et de la diade mère-enfant**), édition Hal, 2012.

### LISTE DES REVUES

1- ABDEL Baki, Mari Josée Poulin, (**Désir d'enfant a la réalisation de l'enfantement**), N°24 ,2004.

2- A.JAQUINO, (**avoir un enfant porteur de le handicap**), vie social et traitement N°77,2003

3- ANNE Valerie Mazoyer, marjorie, roque, (**Mobilisation des processus psychologiques chez des enfants victimes d'agression sexuelle**) bulletin psychologique, N°532,2014.

4- CRISTINE Anzieu Premmeur, (**Fondement maternels de la vie psychique**), revue française de la psychanalyse °75, 2011.

5- CONSTANTE Lamarche, (**Les parents des enfants handicapés**), littérature américaine, N°01 ,1983.

6- DUGRAVIER, et coll. ( **Theorie de l'attachement de la dependance a l'autonomie ; origine et concepte de la theorie de l'attachement** ) , Enfant psychologie, Erres, N°66, 2015.

7- JACQUELINE Rossant, Lumbrossant, Lyonet Rossant, (troubles neurologique), organisation mondial de la sante, N°04, 2016.

- 8- FRANCESCO Grasso, (**Contribution du rorschach a la clinique du trauma**), la psychiatrie de l'enfant, N°55,2012.
- 9- MARIANNE Dollander, (**Deuil périnatal et relation d'objet virtuel**), Errés, N°205, 2014.
- 10- MARYLOU Beaufort, FRANCOISE Hallet, (**L'enfant souffrant de troubles d'attachement**) Peatalas, Belgique, N°16, 2003.
- 11- NICOLE Stryckmans, (**Désir d'enfant**), Bulletin Freudienne, N°21, 1993.
- 12- PATRICK Baudry, (**Travail de deuil**), N°339, 2003.
- 13- R.DOUGLAS Wilson,MD.Calgary ( **supplémentation préconceptionne en acide folique**) n°324,Quebec ,2015.
- 14- SIMONE Korff-Sausse, (**La famille à l'épreuve de l'handicap, l'impacte de l'handicap sur le processus de la parentalité**), N°26, 2007.
- 15- SUSANA Tereno,ISABEL Soares,(**La theorie de l'attachement: Son importance dans un contexte pédiatrique**)Medecine et hygiene,N°19 ,2007.
- 16- SYLVIE Nezlof,LAURENCE Mathioly , (**L'hospitalisation, conjointe mère -bébé**), Errés, N°3, 2007.
- 17- THIERRY Bokanowski, (**Traumatisme, traumatique, trauma**), presses universitaire de France, N°66, 2002.

### Liste des theses et mémoires

- 1-ABEL Kabre (**Aspect épidémiologique clinique, thérapeutique**), 2012.
- 2- ANNE Sophie, Carabet (**Troubles de fermeture du tube neural:ethiopahopathologie et facteurs pronostiques**), Paris, 2016.

- 3- EL HOUSSINI Hillal, M.Ismail (**prise en charge neurochirurgicale des spina bifida à l'hôpital de Marrakache**), 2005.
- 4- MARCEL Gauchet, (**L'enfant imaginaire**), université d'Henri Poincaré, 2011.
- 5- SIDI Sylia, (**Etude de Spina bifida dans le service chirurgie pédiatrique CHU Gabriel Tour**) 2008.
- 6- Z.RUESCH, (**être féministe aujourd'hui**), 2010.
- 7- ASSOCIATION Spina Bifida Handicap, l'île de France.

### Liste articles pdf et cours

- 1-BEATRICE Depraze , FRANCOISE Zufferey (**L'enfant handicapé et sa famille**), COUR, 2001.
- 2- EPEL Baum, P.Ferrari, (**les parents d'un enfant handicapé**), psychiatrie française, 1991.
- 3- FERRARI. P, (**Réactions psychologiques dans les maladies chronique de l'enfant**) Neuropsychiatrie enfant adolescent, 1989.
- 4- FRANCESCO Grasso, (**Contribution du rorschach a la clinique du trauma**), la psychiatrie de l'enfant, N°55, 2012.
- 5- J. Labbée, (**la dépression et la carence affectif chez le nourrisson**), module transdisciplinaire, 1959.
- 6- JP. Raynaud, (**Développement affectif du nourrisson, l'installation précoce de la relation mère enfant**) 2008.
- 7- JOSIANNE Basque, (**Technologie de l'information et de développement cognitif ; quelque notion de base**), 2003

## La liste bibliographique

---

8- PHILIPPE Parker, James Parker, (), 2004.

9- PR. Yves Chaix, (**Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant ; aspect normaux et anthropologique**) ,2000.

# *Annexes*

## Annexe I

Le guide d'entretien clinique de recherche :

➤ **Axe 01** : Renseignements personnels

Comment vous appelez Mme ?

Vous avez quel âge ?

Avez-vous d'autres enfants ?

➤ **Axe 02** : le déroulement de la grossesse

A quel âge vous étiez enceinte de votre enfant (malade) ?

Lors de cette grossesse vous avez suivi chez un gynécologue ?

Vous avez pris alors des vitamines comme le fer.

Avez-vous ressentie quelque chose d'inhabituel par rapport aux autres grossesses précédentes ? LA si l'enfant malade n'est pas l'inné.

Donc vous avez consulté votre gynéco ? elle vous a dit pourquoi vous ressenti mal.

➤ **Axe 03** : L'histoire de trauma

Pendants l'une des échographies, vous avez su que votre bébé est handicapé, qu'avez-vous ressenti ?

Tout de suite vous avez compris c quoi ou que veut dire cette maladie ?

Vous avez commencé a chercher à la connaitre a savoir que ce que c'est ?

Vous étiez seul ou avec votre mari au moment de l'annonce?

Comment vous avez réagis, vous et votre mari face à cette annonce ?

Après l'accouchement, une fois vu votre bébé, comment vous avez réagit ?

Vous l'avez pris dans vos bras et vous l'avez allaité ?

➤ **Axe 04** : réactions des parents

Vous attendaient déjà à cette image ou situation ?

Ce qui fait, vous avez vu d'autres médecins, fait des contrôles pour l'enfant ?

Une rentrer a la maison comment est-il devenu votre mari avec vous et avec l'enfant ?

Quelles sont les réactions de vos enfants ? Sont-ils surpris et cherché à comprendre ?

➤ **Axe 05** : le retentissement de cet enfant porteur Spina bifida sur la vie de couple

Votre enfant a besoin alors d'une prise en charge particulière, il vous prend tout votre temps ?

Et elle vous coûte beaucoup ?

Sont-ils jaloux les autres frères de votre enfant malade ? Ou ressentez une négligence de votre part ?

Votre belle famille et compris vos proches viennent souvent comme d'habitude ?

Pendant le développement de l'enfant, y a eu des complications graves ? Ont-ils empêché son autonomie ?

➤ **Axe 06** : prévisions et souhaits à la venir

Vous allez faire sortir votre enfant, et entrer a l'école ?

Souhaitez-vous qu'il partagera des jeux avec des amis ?









