HAL
open science

L'hyperactivité et l'attachement dysconfiant

Marc Guilhot

To cite this version:

Marc Guilhot. L'hyperactivité et l'attachement dysconfiant. Philosophie. Université de la Réunion, 2012. Français. NNT : 2012LARE0007 . tel-00844752

HAL Id: tel-00844752

https://theses.hal.science/tel-00844752

Submitted on 15 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE LA REUNION

FACULTE DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES

ECOLE DOCTORALE INTERDISCIPLINAIRE (ED 445)

CIRCI

Centre Interdisciplinaire de Recherche sur la Construction Identitaire

DOCTORAT

DE PSYCHOLOGIE

2012

L'HYPERACTIVITE

ET L'ATTACHEMENT DYSCONFIANT

Thèse présentée par

Marc GUILHOT

n° : 25003827

Sous la direction de **M Jean-François HAMON** professeur des universités

Jury :

Professeur Jean-François HAMON, Université de la Réunion

Professeur Michel LATCHOUMANIN, Université de la Réunion

Professeur Vassen NAECK, MIE Maurice

Professeur Alain RAPANOEL, Université de Tananarive

27 novembre 2012

INTRODUCTION

La maîtrise de la langue, la prévention de l'illettrisme, de ce que l'on nomme couramment l'échec scolaire et la prévention des troubles du langage, sont des priorités nationales et de l'académie de la Réunion, c'est pourquoi, travaillant comme psychologue scolaire en RASED (Réseau d'Aide aux Enfants en Difficulté), nous devons participer au dépistage des troubles, notamment de l'hyperactivité et du handicap. La définition actuelle de l'hyperactivité**,** proposée par le Diagnostic and Statistic Manual quatrième édition (DSM IV), regroupe l'ensemble de la symptomatologie sous le terme de : « Troubles du déficit de l'attention / hyperactivité ». (THD/A). On relève trois critères : un déficit d'attention, une impulsivité marquée et l'hyperactivité. Autrefois, on parlait d'hyper kinésie, d'hyperactivité avec attention déficitaire, de déficit attentionnel, d'instabilité psychomotrice, de désordre cérébral mineur…L'attention, la vigilance et leurs rapports aux émotions ont été étudiés par Hamon (1998). Miallet (1999) a fait un livre sur l'attention. L'hyperactivité a fait l'objet de nombreux ouvrages : David et Appel (1966), Dugas (1987), Desjardins (2001), Bailly (2005), Rochefeuille dirigée par Latchoumanin (2005), Lecendreux (2003), Jolicoeur (2004), Causse (2006) et Revol (2009).

Dans des formes sévères, le TDH/A peut relever du handicap.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne une définition du handicap :

« Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant. »

Les R.A.S.E.D. sont composés d'un psychologue scolaire, d'un rééducateur maître G œuvrant pour rendre un statut d'élève à l'enfant et d'un maître E chargé de la remédiation pédagogique. Ils ont une double fonction et sont à la fois ressource pour les maîtres et pour les élèves.

Ils doivent nourrir la recherche de réponses pédagogiques pour satisfaire les besoins diagnostiqués. Pour cela nous nous référerons aux stades de développement de l'enfant décrits par Piaget, Wallon, Freud et Vygotski.

Les membres du RASED doivent faire le partage entre les difficultés qui peuvent et qui doivent être prises en charge en classe et celles qui appellent des réponses de spécialistes que ce soit dans ou en dehors de l'école (rééducation orthophonique ou prise en charge en pédopsychiatrie par exemple). Dans les écoles de Saint-Paul puis à Saint-Denis, nous sommes souvent interpellés par les maîtres qui font des demandes d'aide au RASED car ils ne savent pas quoi faire face à des enfants dans « l'agir » qui semblent empêchés de penser.

Les enfants hyperactifs sont agités et changent continuellement de position de façon imprévisible. L'hyperactif se tortille, gigote, agrippe ou tripote quelque chose alors qu'il devrait être attentif. Il éprouve des difficultés à rester assis calmement, même si ce n'est que pour quelques instants. Ces enfants bougent quand les autres (parents, enseignants, élèves) jugent bon de rester tranquille. L'hyperactivité est un problème très apparent mais souvent on hésite à lui donner un nom pensant simplement que l'enfant est turbulent. Les premières manifestations d'un trouble de l'attention peuvent apparaître dès la petite enfance et durent toute la vie. Le problème n'est généralement décelé qu'au moment de la fréquentation scolaire face aux contraintes de socialisation dans le groupe classe.

La conséquence comportementale résulte d'un manque de régulation des fonctions exécutives. Il y a une difficulté à traiter et à hiérarchiser les informations et les stimuli externes (auditifs et visuels).

L'enfant hyperactif ou hyperkinétique est incapable d'inhiber son mouvement, il change sans arrêt d'activité et il est incapable d'en mener une à terme. A la Réunion où l'enfant bien élevé est un enfant sage, « qui ne ravage pas » quelles sont les représentations de l'hyperactivité ?

Causse [1], (2006), énonce les théories psychologiques expliquant l'hyperactivité, p 38 : « L'instabilité de l'enfant serait une défense inconsciente contre une angoisse de séparation d'avec la mère et viendrait masquer une dimension dépressive sous-jacente de

[1] Causse C., (2006), « Vivre avec un enfant hyperactif », Alpen, Monaco

l'enfant. L'instabilité serait un trouble psychosomatique, c'est-à-dire l'expression directe dans le corps de conflits intrapsychiques. Ceci serait lié à une difficulté particulière à gérer les pulsions agressives inconscientes entraînant une propension à l'action plutôt qu'à la pensée de l'action. L'instabilité serait vue comme une défense contre une angoisse archaïque, c'est-à-dire une angoisse venant de la toute première enfance et dont il n'est resté aucun souvenir conscient. » Cela expliquerait le lien entre un attachement dysconfiant et l'instabilité.

D'après Causse, (ibid), p 38, « l'existence de facteurs psychologiques peuvent expliquer le déclenchement ou l'aggravation du trouble. Un trouble dépressif chez la mère, des troubles anxieux chez l'un des deux parents, (plus fréquemment chez la mère), des conflits conjugaux, un alcoolisme. »

On ne sait pas cependant si ces facteurs participent à l'apparition de l'hyperactivité ou si le fait d'avoir un enfant hyperactif va entraîner une plus grande difficulté chez les parents.

En rencontrant les mères de ces enfants, je notais souvent des problèmes relationnels. Il semblait que le processus d'attachement ne soit pas sécurisant.

« L'enfant lui-même puis ses parents, ses frères et sœurs, peuvent être facilement jugés et devenir l'objet de critiques, et parfois d'une sorte d'exclusion, alors qu'au contraire, ils devraient être l'objet d'encouragement et de support de la part de tous. » Desjardins[2], (2001), p 127.

Winnicott (réédition de 1994) a étudié le rapport entre la déprivation affective et la délinquance chez les enfants sans parents pendant la guerre. L'attachement a été étudié par Zazzo (1974), Bowlby (1978), Ainsworth (1978), Main (1982), Brazelton (1984), Radke (1985), Montagner (1988), ainsi que par Cyrulnik (1989), Pierrehumbert (2000) et Buzenot dirigée par Hamon (2001), etc…

Or, l'attachement est un besoin primaire et il peut résulter d'un attachement dysconfiant des difficultés dans l'acquisition des apprentissages. La vie émotionnelle et affective aurait aussi une influence sur l'attention.

---

[2] DESJARDINS C., (2001), Ces enfants qui bougent trop ; Quebecor, Québec

Pour Zazzo[3], (1974), l'origine de l'attachement du jeune enfant à sa mère n'est pas « le résultat d'un apprentissage mais l'effet d'un besoin primaire et que, pour se réaliser, il dispose probablement de mécanismes innés. » p 9.

Pour Cyrulnik[4], (1989) le bébé n'est plus une bonne graine ni une cire vierge. Dès sa naissance, on observe la manière dont ce bébé actif influence son entourage.

On décrit des « patrons de comportement » comme des patrons de couture, qui montrent comment un geste déclenche des réactions de l'entourage : l'état de vigilance du bébé modifie le comportement maternel. « La privation de lien pousse le développement d'une personnalité dans une direction qui mène à l'effondrement dépressif ».

Nous parlerons d'attachement dysconfiant lorsque celui-ci est insécure. D'après Lecendreux[5] , (2003), p 89: « Le facteur de risque le mieux établi est celui d'antécédents familiaux d'hyperactivité. […] Faut-il pour autant nier toute participation affective ou relationnelle dans l'établissement de ce trouble ? Certainement pas, ce serait sûrement une erreur. Comment s'inscrivent les symptômes d'hyperactivité dans la relation mère / enfant ? Comment cette relation évolue-t-elle et s'adapte-t-elle à ce trouble volontiers envahissant et chronophage qu'est l'hyperactivité ? »

L'entourage de l'enfant joue un rôle majeur. C'est pourquoi nous allons étudier les interactions précoces en nous référant à Bion (1962), Khan (1974), Field (1980), Lebovici (1983), Cosnier (1984) et (1994), Kreisler (1991) et Delahaie (2004). Les interactions ont été également étudiées par Barth et Bruner.

Son entourage influencera de manière souvent déterminante la façon dont l'enfant vivra son trouble et avec son trouble. Si l'enfant se sent rejeté, mis à l'écart, peu valorisé au sein de sa famille, les symptômes peuvent aller en s'intensifiant.

Si l'enfant est compris et encouragé comme ayant une difficulté dont on va s'occuper et que l'on va prendre en compte, l'évolution sera d'autant plus favorable. C'est pourquoi le processus d'attachement joue un rôle très important, car certaines mamans, décrivent déjà leur enfant in-utero comme hyperactif.

---

[3] ZAZZO R., (1974), « L'attachement », Delachaux et Nieslé, Paris.

[4] CYRULNIK Boris, (1989), « Sous le signe du lien », Hachette.

[5] LECENDREUX M., (2003), L'hyperactivité, SOLAR, Paris

Selon Pierrehumbert et al[6], (2000), les problèmes de comportements à 5 ans sont beaucoup plus importants pour les enfants de 21 mois ayant un attachement de type dysconfiant (insécure) que pour ceux ayant un attachement de type sécurisé, confiant (sécure).

A La Réunion, dans une société multiculturelle, issue d'un héritage colonial, la place des femmes et la déconsidération du rôle du père, pourrait favoriser un attachement dysconfiant.

Le manque de contrôle des scénarios intérieurs avec les phénomènes de compensation et de reproduction semblent perturber les capacités d'apprentissages des enfants.

Les capacités d'investissement dans des tâches scolaires et de confiance en soi semblent diminuées chez les enfants souffrant de TDA/H.

Si des causes génétiques, troublent les processus attentionnels et affectent la qualité de traitement des perceptions et des inductions neuronales, elles entrainent des difficultés dans les interactions et des problèmes psychologiques.

En effet, comme cela a été montré pour des mères d'enfants autistes (Kanner, 1943), des réactions physiologiques particulières du bébé peuvent entrainer des problèmes d'attachement.

Y a-t-il un lien entre attachement et hyperactivité ?

Pour cela nous avons établi une revue de questions.

Les interactions mère/enfant sont-elles perturbées ? L'enfant a-t-il été hospitalisé ? L'enfant a-t-il été materné par plusieurs personnes ? Les mères jouent-elles avec leur enfant ? Le félicitent-telles ? L'enfant est-il collé à sa mère ? Pour cela nous étudierons les interactions précoces, le sentiment d'abandon, l'attachement, l'hyperactivité et les représentations sociales de cette dernière.

Selon Desjardins, (ibid), p 118 : « Les études qui se sont penchées sur les interactions mère-enfant ont observé que les mères de ces enfants avaient tendances à être plus directives et négatives, et qu'elles répondaient moins aux comportements et aux messages positifs ou neutres de l'enfant : cette tendance était surtout remarquée avec les jeunes enfants (5-6 ans), alors qu'elle s'atténuait un peu plus tard vers l'âge de (8-9 ans). »

---

[6] PIERREHUMBERT et al, (2000),Attachment and temperament in early childhood; implications for later behavior problems, Infant and child development, 9, 17-32

Nous rechercherons si ça se passait bien à l'entrée à l'école maternelle.

Les carences affectives peuvent-elles engendrées des difficultés d'apprentissage en lecture ?

D'après Delahaie[7], (2004), les difficultés et les troubles psycho-affectifs affectent l'entrée dans les apprentissages. « Le développement du langage chez l'enfant dépend bien sûr de prédispositions naturelles. Mais il s'agit aussi du résultat d'un apprentissage réalisé dans le cadre d'interactions sociales.

Les interactions entre la mère et l'enfant constituent la base de l'évolution langagière et du développement intellectuel et affectif de l'enfant.

Les carences affectives, totales ou partielles, ont pour conséquence une altération du développement global de l'enfant. Ces carences affectent de façon plus ou moins sévère l'évolution du langage. » Toutefois, de nos jours il y a souvent un rôle partagé entre mère et père. Pourrait-on également parler d'accompagnement dysconfiant lorsque l'enfant est plus souvent considéré comme un objet que comme un sujet ? Y a-t-il une causalité entre attachement dysconfiant et psychopathologie ? Des origines multifactorielles affecteraient la régulation inter personnelle sous l'influence du stress et des émotions négatives. Notre approche sera multidisciplinaire et fera appel à la psychologie, à l'anthropologie et à la sociologie. Il s'agira d'effectuer des études de cas à partir des profils et de l'histoire de ces enfants. Y a-t-il des exigences scolaires propres à la classe en fonction de l'âge ?

Nous nous attacherons à déterminer s'il y a un lien entre attachement et hyperactivité et s'il y a des perturbations de l'estime de soi qui en découlent. Notre étude a été effectuée à partir d'entretiens de mères d'enfants hyperactifs à la Réunion en utilisant une partie d'un questionnaire issu d'une enquête du ministère de la santé du Canada.

Pour cette recherche, nous sommes partis des demandes d'aide faites au RASED des secteurs de Saint-Paul et de Saint-Denis afin de recenser les enfants hyperactifs.

Ces deux secteurs sont composés de dix groupes scolaires, cent soixante classes et de près de 3500 élèves. Parmi ces enfants, nous avons relevé ceux qui souffraient de manque d'attention et d'hyperactivité. Nous avons choisi un questionnaire que nous avons administré puis complété par des entretiens semi-directifs.

---

[7] DELAHAIE M., (2004)« De la difficulté au trouble », INPES 2004, p44

PREMIERE PARTIE : REVUE DE QUESTIONS, ETAT DES LIEUX

I- LES ASPECTS THEORIQUES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'HYPERACTIVITE

I-1-Le développement de l'enfant

Les premières manifestations du TDAH peuvent apparaître dès la petite enfance voire même in-utéro. C'est pourquoi étudiant l'enfant hyperactif et les problèmes d'attachement, nous allons tout d'abord nous intéresser au développement de l'enfant. Il est vrai qu'il existe des âges pour l'apparition de certains comportements qui sont dépendants de la maturation du système nerveux. On n'a par exemple pas besoin d'apprendre à marcher, ni besoin d'apprendre à produire des sons de parole. En l'absence de pathologie, tout le monde marche et parle. On peut donc dire que ces comportements sont innés. Néanmoins, la plupart des chercheurs n'adopte plus actuellement une position maturationniste radicale, et se refuse à opposer de façon simpliste l'inné et l'acquis. L'idée de contraintes génétiques sans environnement ou d'environnement sans contraintes génétiques n'a pas de sens. Si par exemple le langage fait partie du patrimoine génétique humain, personne ne peut nier le rôle important de l'environnement pour son développement. Inversement, l'environnement à lui seul ne permet pas au cerveau de développer la capacité à apprendre le langage. Des stades de développement ont été étudiés par Piaget, Wallon, Freud et Vygotski.

Le développement de l’enfant selon Jean Piaget

Jean Piaget a élaboré une théorie structurale de développement de l’enfant en étudiant ses filles. Pour lui, l’action est la source de l’activité intelligente : l’acte mental est une action intériorisée. Une action mentale est une transformation qui fait passer d’un état de départ à un état terminal. Chaque stade de développement est caractérisé par la façon dont sont organisées les actions mentales. Le plus important c’est lorsque l’action mentale devient réversible, c’est-à-dire au moment où, à la transformation de la réalité que définit cette action, est associée la transformation inverse qui permet de revenir mentalement au point de départ. Il faut composer l’action directe avec l’action inverse pour obtenir l’opération nulle. C’est par l’existence de cette structure qu’il explique l’acquisition de la notion de conservation. C’est au stade des opérations concrètes que l’enfant apprend à parler puis à lire.

Par la méthode de l’entretien clinique, qui vise à faire un diagnostic des formes de raisonnement et permet un examen approfondi des cas individuels, Piaget distingue trois stades principaux.

Au stade sensorimoteur, de la naissance à deux ans, le nourrisson acquiert son contrôle moteur et la connaissance des objets physiques. Ce stade de l’intelligence intuitive est caractérisé par l’absence de la notion de conservation.

Au stade des opérations concrètes, ou opérationnel concret, de sept à douze ans, l'enfant commence à aborder des concepts abstraits comme les nombres et les relations.

Enfin, au stade opérationnel formel, de douze à quinze ans, il accède au raisonnement logique et systématique. Les opérations peuvent porter sur des objets symboliques.

Jean Piaget propose les notions d’assimilation et d’accommodation pour éclaircir et conceptualiser deux aspects fonctionnels qui caractérisent tous les phénomènes d’adaptation au sens le plus général du terme.

Les concepts d'assimilation et d'accommodation sont apparus dans des registres objectifs bien différents.

Le premier désigne la propriété de la vie de transformer en ses propres substances des substances ingérées ; le terme a été étendu à l'activité psychique générale de mise en forme des données externes hétérogènes. Le second désigne la fonction d'origine réflexe qui régule la vision selon la distance de l'objet ainsi que la capacité qu'a l'organisme de vivre dans des milieux différents, ou bien encore la capacité qu'a l'espèce d'engendrer des variétés (on parle alors d'accommodats pour les changements qui surviennent dans le phénotype, tel par exemple le changement de la couleur de la peau qu'est le bronzage).

Piaget a élargi de manière originale le sens de ces deux termes à l'équilibre que constitue toute adaptation (biologique, psychologique ou sociologique). Il va jouer analogiquement des deux concepts pour tenter de penser la logique de l'interaction qui lie indissolublement une intériorité et une extériorité. Il en fait des mécanismes opposés, qui permettent de décrire tous les phénomènes de régulation de frontière. Par cette régulation, un organisme (comme un psychisme) préserve sa forme structurellement stable sur un fond perpétuel d'instabilités, de changements, de bruits, de contradictions, d'obstacles.

Assimilation et accommodation sont deux des catégories principales de l'organisation. L'assimilation désigne la réintégration d'éléments externes nouveaux dans une structure interne pré-existante et l'accommodation, l'adaptation de l'organisme aux variations externes qu'il ne réussit pas à assimiler.

C'est le tout intérieur *et* extérieur qui s'adapte, se transforme, et qui est cause de son devenir organisationnel. Cela permet en effet de rendre compte des interactions suivantes : « organisme/milieu » en biologie ; « structure de comportement (champ vital) » en éthologie ; « structures psychiques/environnement » en psychologie ; « sujet/objet » dans le domaine de l'épistémologie ; et, enfin, « théories objectives/contextes scientifiques » dans l'histoire des sciences.

Selon Piaget, ces cinq oppositions mettent en jeu des transformations de structures, toutes rapportables à une logique d'équilibration entre ordre interne et ordre externe.

Henri Wallon insiste sur la nécessité de prendre en compte les stades de maturation du système nerveux en vue d'une meilleure compréhension de l'évolution chez l'Homme. Il élabore une théorie des stades de développement, qui révèle son opposition à l'idée d'une progression continue de l'enfance à l'âge adulte, telle que la concevait, Jean Piaget.

Selon Henri Wallon, l'enfant passe par cinq stades :

-Le premier, « impulsif et émotionnel », correspond à la période de 0 à 1 an.

-Le deuxième, « sensori-moteur et projectif », va de 1 à 3 ans.

-Le troisième stade, dit du « personnalisme », est propre à l'enfant de 3 à 6 ans.

-Le quatrième stade, dit « catégoriel », caractérise l'enfant de 6 à 11 ans, qui commence à concevoir des idées abstraites.

-Enfin le dernier stade, est celui de la « puberté et de l'adolescence » qui commence à 11 ans.

Le premier, le troisième et le cinquième stade se distinguent par une orientation centripète et sont dominés par la sphère affective, tandis que le deuxième et le quatrième stade se caractérisent par une orientation centrifuge et sont marqués par le rôle prédominant de l'intelligence.

Le remaniement de la personnalité, propre à chaque âge, entraîne des conflits qui se résolvent par un choix. Soit l'enfant accepte d'adopter de nouveaux comportements, et donc de renoncer à ce qu'il faisait, à ce qu'il était auparavant, soit il refuse de changer. Henri Wallon parvenait ainsi à rendre compte de ses observations, d'après lesquelles certains enfants tendent à repousser leur propre transformation et à interrompre brutalement leur évolution.

Les analyses de Sigmund Freud, comme les études de Piaget, assimilent bien la notion de stade à celle d'une structure d'ensemble, d'un moment d'organisation qui s'appuie sur les moments antérieurs en les intégrant (stades : oral, sadique-anal, génital).

Pour Freud : « L'origine des névroses est à chercher dans des traumatismes apparus dans l'enfance. »

Leur spécificité par rapport à la psychologie de l'enfant réside dans la traduction, au travers des étapes conflictuelles qui jalonnent l'histoire de l'individu, d'une genèse qui est centrée sur la destinée de la horde et dont les traces encore actives interviennent pour caractériser les stades sous la forme de mythes et de fantasmes.

D'après Winnicott cité par Chiland[8] , (1989), p 90 : « La pathologie et les difficultés de croissance naissent des défaillances de l'environnement liées aux conditions de vie des parents ou à leur problématique. »

Dans quelle mesure convient-il de tenir compte de la continuité psychique dans la vie des générations successives ? De quels moyens une génération se sert-elle pour transmettre ses états psychiques à la génération suivante ?

Lev Semenovitch Vygotski (1896-1934), professeur à l'institut de psychologie de l'université de Moscou, s'est consacré à l'étude du développement des fonctions mentales supérieures. Il a étudié le développement mental de l'enfant, l'éducation et la psychologie. Il a élaboré un test de pensée conceptuelle. Pour lui, le langage présente un rôle majeur dans le développement mental. Surtout le langage égocentrique, celui-ci ayant une fonction non communicative constituée de monologues qui accompagnent l'action. Chez l'enfant de cinq ou six ans, la part de ce langage est très grande comme l'avait remarqué J. Piaget. Selon ce dernier, ce type de langage disparaît pour faire place au langage socialisé à fonction communicative, alors que Vygotski pense qu'il se maintient en s'intériorisant. Sous cette forme, il est un instrument important de la régulation de l'activité, l'orientant et permettant d'accéder à une régulation intentionnelle. Le langage permet la planification de l'action.

L'approche du traitement de l'information consiste à voir dans les conduites intelligentes des opérations de traitement d'information et à rechercher, pour une tâche donnée, un ensemble d'opérations de traitement qui simulent le comportement des sujets.

---

[8] CHILAND, C. (1989) *L'entretien clinique*, PUF, Le psychologue : Paris

Généralement, on cherche à définir un équivalent de ces opérations à partir des manipulations d'informations que fait un ordinateur.

Cela permet de construire un programme qui réalise une simulation sur un ordinateur ; et l'on peut comparer les productions du programme avec le comportement des sujets que l'on a observés. Si les sorties du programme sont suffisamment proches des actions des sujets, on considère que les mécanismes de traitement introduits dans le programme constituent un modèle plausible des mécanismes de traitement de l'individu.

Cette approche conduit à une analyse beaucoup plus poussée des opérations cognitives que dans la psychométrie ou la perspective piagétienne.

Ainsi, on a pu montrer que la sériation des longueurs et la sériation des poids, qui selon Piaget relèvent des mêmes structures opératoires, ne requièrent pas en fait les mêmes opérations de pensée, dans la mesure où les comparaisons entre éléments ne peuvent être réalisées que successivement dans le second cas, alors qu'elles peuvent être faites de façon quasi simultanée dans le premier. Des inférences supplémentaires sont nécessaires, ce qui permet d'expliquer, d'une part, que les deux tâches ne présentent pas la même difficulté, d'autre part, que les procédures utilisées préférentiellement pour les résoudre ne sont pas les mêmes.

Actuellement, l'analyse des tests et l'étude du développement de l'intelligence sont reprises dans la perspective du traitement de l'information. Les images anticipatrices n'atteignent leur maturité que vers la fin de l'adolescence.

Selon Piaget : il y a trois stades divisés en sous stades.
(0 à 18 mois) I - Stade sensori-moteur, ou de l'intelligence avant le langage. 6 sous stades.
(18 mois, 2 ans, à 11,12 ans) II - Stade de la préparation et de la mise en place des opérations concrètes. 3 sous stades
(11,12 ans à 16 ans) III -Stade des opérations formelles, 2 sous stades

Nous allons faire la description des sous-stades de 0 à 2ans, car c'est à ce moment que ce constitue la base du processus d'attachement.

1er sous stade

0 à 1 mois : Fonctionnement réflexe

Ce fonctionnement réflexe se développe et s'adapte par exercices. Dans cette perspective, les réflexes constituent le matériau moteur sur la base duquel va s'édifier l'intelligence. Ainsi, par exemple, la répétition du réflexe de succion du mamelon va s'étendre rapidement à la succion d'autres objets qui facilitera la discrimination et la reconnaissance du mamelon quand le bébé aura faim (stade de l'oralité chez Freud).

2ème sous stade

2ème mois à 4 mois et demi Stade des premières habitudes acquises ou des réactions circulaires primaires.

Les réactions circulaires sont des processus par lesquels un schème d'action d'origine réflexe est répété en raison d'un résultat intéressant pour le bébé. Résultat initialement découvert par hasard. Du hasard à la répétition, se créent ainsi au-delà de l'exercice réflexe, des habitudes acquises. (Il n'y a pas d'intentionnalité)

Ces réactions circulaires sont dites primaires en ce qu'à ce stade de développement, elles sont exclusivement centrées sur le corps.

(On rejoint Freud avec le stade oral- l'enfant ne se dissocie pas de sa mère ni de ce qui l'entoure Il n'a pas conscience d'être une personne. Quand l'enfant suce son pouce, il y a une coordination entre sa main et sa bouche.

3ème sous stade :

4 mois et demi à 9 mois :

Il se caractérise par le fait que les réactions circulaires deviennent des comportements orientés vers des objets secondaires.

Réactions circulaires secondaires/ les objets.

A ce stade apparaît l'impulsion dans la coordination vision /préhension des schèmes qui s'appliquent aux objets saisis.

Par exemple, quand le bébé appréhende un objet comme étant à frapper, à secouer ou à passer d'une main à l'autre.

Ces comportements peuvent être considérés comme les équivalents fonctionnels des opérations mentales de classification qui sont le pilier de l'intelligence opératoire qui se développera ultérieurement.

4ème sous stade

9 mois à 11/12 mois : Naissance de l'intelligence.

L'intentionnalité apparaît dans les actes du bébé qui sont marqués d'une certaine conscience de la direction imprimée à l'action.

Il ne s'agit plus pour l'enfant de répéter des séquences de schèmes mais d'atteindre un but non directement accessible.

But et moyen sont dès lors dissociés et le bébé réalise dans une situation donnée une coordination intentionnelle de certains schèmes pertinents parmi le répertoire des schèmes disponibles.

Par exemple, le bébé se servira d'un objet pour en déplacer un autre établissant de ce fait des relations entre ses objets. Par exemple, pour faire bouger un camion, il va lancer une petite auto dessus.

5ème sous stade

12 mois à 18 mois : Dernier véritable sous stade sensorimoteur

Durant cette période, on assiste d'une part à un affinement de l'activité intentionnelle d'exploration des objets sous la forme de réactions circulaires secondaires mais aussi de recherche de moyens nouveaux pour agir sur des objets.

Par exemple : le bébé module le schème de lâcher un objet afin d'étudier attentivement le mouvement de la chute. Il suit des yeux l'objet et lorsque ce dernier est tombé après l'avoir ramassé, il le lance très fort puis de moins en moins fort. Il va conscientiser.

6ème sous stade

(18 mois à 2 ans) Stade de transition entre le fonctionnement sensorimoteur et le fonctionnement mental proprement dit qui commence vers deux ans avec l'émergence de la fonction symbolique.

Devant une situation nouvelle, on n'observe plus de tâtonnements mais une découverte brusque de la solution par l'intervention de schèmes intériorisés (in sight) (l'éclair, la lumière).

La représentation des objets à 2 ans permet à l'enfant de tenir compte de leur déplacement et de se libérer de la perception et de l'action pour les concevoir comme identiques et permanents. (Il se représente les actions. la symbolique) Il y a libération de l'agir pour penser.

Le potentiel de l'apprenant à partir du modèle Piagétien serait une structuration hiérarchisée et développementale des processus cognitifs. Ce serait une série de capacités pour agir sur l'objet à partir de réactions circulaires.

Ces réactions circulaires sont des processus par lesquels, un schème d'action d'origine réflexe et répété en raison d'un résultat intéressant pour le bébé. Puis l'enfant fait preuve d'intentionnalité et de conscience de la direction donnée à l'action; il choisit parmi des schèmes d'action disponibles. Il procède par assimilation/ accommodation.

La formation des concepts selon Vygotski d'après Stéphanie Fauchette Panéchou.

Vygotski (1934/1997) mit en évidence le rôle de l'interaction sociale et de la médiation du langage dans l'élaboration de la pensée infantile. Il développa la notion de « zone proximale de développement », ZPD, définie comme la distance entre le niveau proximal du potentiel du développement- qui correspond à ce que l'enfant est capable de faire avec autrui et qu'il sera capable de réaliser seul ensuite- et le niveau de développement actuel. Il se démarqua de Piaget pour lequel un sujet et un sujet épistémique universel.

Selon Vygotski, les fonctions mentales supérieures résultent de l'appropriation progressive de la culture par l'enfant, à travers les interactions sociales. Le développement des fonctions mentales se fait à travers l'histoire et le contexte culturel dans lequel vit l'enfant.

Pour l'enfant hyperactif, le rôle de l'environnement et surtout celui de la mère pourra être influencé par un comportement moteur différent. Face à ce comportement différent, les réponses de la mère pourront être également différentes et entraîner un attachement dysconfiant.

Vygotski (1934/1997) élabora un modèle général de développement de la pensée enfantine et observa la dualité entre les concepts quotidiens (issus d'une généralisation spontanée à partir du concret) et les concepts scientifiques, formés à partir de l'abstrait et caractérisés par une prise de conscience des concepts au-delà des objets.

Les concepts quotidiens renvoient au niveau de développement réel de l'enfant, et les concepts scientifiques, à un niveau potentiel, à la zone proximale de développement.

« *Vue théorique d'énorme portée pédagogique permettant de mieux comprendre l'apport scientifique de l'apprentissage scolaire et de l'enseignement, qui ne doit pas se borner à suivre le développement réel de l'enfant mais anticiper quelque peu en stimulant son activité intellectuelle* » (Vygotski (1934/1997, p. 28)

Toutes les fonctions intellectuelles essentielles, notamment l'attention, l'association, la représentation et la tendance déterminante, participent au processus de formation du concept, la mise en signification du mot ou du signe, mais ne peuvent expliquer l'apparition d'une nouvelle forme de pensée.

Les recherches menées par Vygotski (1934/1997) ont permis de mettre en évidence le rôle fondamental du signe dans la formation des concepts : les fonctions intellectuelles sont médiatisées par le mot. Le signe permettant d'orienter l'activité psychique vers la résolution du problème donné, ainsi *" le concept est impossible sans les mots, la pensée conceptuelle est impossible sans la pensée verbale "*

Vygotski (1934/1997, p. 207) L'auteur distingue trois stades dans ce processus développemental :

La formation du tas d'objets ou de l'image syncrétique

Au premier stade, dans la petite enfance, le sujet, face à un problème donné, sélectionne et réunit un tas d'objets quelconques et sans lien interne, mais qui ont un réel rapport dans sa perception et sa représentation des choses. Ainsi, le sens du mot renvoie à un enchaînement syncrétique d'objets différents liés entre eux de manière floue et quelconque et se réduisant à une image unique qui peut être instable. Cette tendance à « *…lier sur la base d'une impression unique les éléments les plus différents* » (Vygotski, 1934/1997, p. 212) est qualifiée de syncrétisme de la perception enfantine par Clarapède. Selon Vygotski (1934/1997) l'enfant n'est pas en mesure d'établir des liens objectifs entre les divers objets, et tend encore à confondre liaison entre impressions et liaisons entre objets. Il va alors multiplier les liens subjectifs entre les choses, former des tas syncrétiques et désordonnés d'objets dépourvus de relation interne à l'aide de mots. Si le sens du mot chez l'enfant peut coïncider avec celui du mot chez l'adulte, notamment lorsque le mot se rapporte à un objet concret propre à l'environnement immédiat de l'enfant, et peut permettre une compréhension mutuelle, les opérations intellectuelles qui conduisent à ce point de rencontre sont toutefois différentes chez l'enfant et l'adulte.

Vygotski distingue trois étapes dans la formation du tas d'objets :

La première étape renvoie à l'assemblage au hasard d'objets nouveaux par essais et erreurs. Lors de la deuxième étape, l'assemblage d'objets est guidé par la perception immédiate de rapports spatiaux et temporels entre objets divers. L'enfant établit entre les choses des liaisons subjectives qui conduisent à un rassemblement d'objets sans rapports internes sous une signification commune. L'image syncrétique est constituée sous une forme plus complexe lors de la troisième étape.

L’on assiste là à une élaboration à deux niveaux des liaisons syncrétiques : les représentants des différents groupes syncrétiques déjà constitués dans la perception de l’enfant vont s’unir entre eux pour former un nouveau tas. De même qu’aux étapes précédentes, les éléments de cette nouvelle série syncrétique n’entretiennent pas de rapport interne et constituent une masse incohérente et désordonnée. A l’issue de cette étape, l’enfant se dégage de cette perception subjective qu’il a du tas en tant que signification du mot pour accéder au deuxième stade.

La formation des complexes

Le deuxième stade dans le développement conceptuel se caractérise par un nouveau mode de pensée objective, que Vygotski qualifie de « *pensée par complexes* ». Un complexe renvoie à une généralisation ou une réunion d’objets différents et se caractérise par les liaisons concrètes et de fait que l’expérience immédiate fait découvrir. « *Aussi, est-ce avant tout la réunion concrète d’un groupe d’objets sur la base de l’affinité de fait qu’ils ont les uns avec les autres.* » (Vygotski, 1934/1997, p. 216). L’enfant commence à réunir les objets concrets similaires en un groupe commun non plus à partir d’impressions subjectives, mais en se basant sur des liaisons objectives et réelles entre ces objets. Il abandonne peu à peu le syncrétisme et fait davantage la distinction entre la liaison entre ses impressions et la liaison entre choses. Si la pensée par complexe est déjà une pensée cohérente et objective, et signe là une évolution de l’enfant vers la maîtrise de la pensée conceptuelle, elle ne revêt toutefois pas la cohérence et l’objectivité propres au concept. Vygotski (1934/1997) différencie le caractère abstrait et logique de la pensée conceptuelle de la dimension concrète et empirique du complexe, et distingue cinq formes de complexes :

Le complexe associatif

L'enfant établit des liaisons concrètes associatives à partir des différents traits distinctifs de l'objet, ou de ce que Vygotski nomme le noyau du complexe. Il construit ainsi un complexe autour de ce noyau essentiel en y associant des objets divers qui peuvent avoir la même couleur, forme ou dimension, par exemple, qu'un objet donné ou qui entretiennent un tout autre type de rapport, par contraste ou par contiguïté. A ce stade du développement, les mots ne renvoient plus à des objets isolés, mais bien à un ensemble d'objets liés entre eux par des liens de parenté, à des noms de famille de choses.

Le complexe-collection

Des objets hétérogènes sont liés entre eux à partir de leur mutuelle complémentarité par rapport à un trait distinctif quelconque, pris comme base de réunion. L'enfant sélectionne des objets en fonction de leur différence ou de leur complémentarité par rapport à un trait distinctif d'un modèle donné, et les réunit en une collection d'objets différant par la couleur, la dimension, ou la forme. La collection se construit à partir de l'expérience concrète, intuitive et pratique de l'enfant ainsi qu'aux modèles de collection auxquels il est exposé dans la vie quotidienne. Vygotski mentionne à ce propos l'exemple du couvert composé de la fourchette, du couteau, de la cuillère et de l'assiette. Le critère de complémentarité fonctionnelle guide la mise en lien d'objets concrets à partir de l'activité pratique de l'enfant et permet la construction du complexe-collection.

Le complexe en chaîne

Il se définit par un assemblage de maillons isolés en une chaîne et le déplacement de sens d'un maillon à un autre. Dépourvu de tout élément commun qui fonderait les liaisons entre objets divers, le complexe en chaîne ne comporte pas de centre ou de modèle. L'enfant qui rassemble d'abord divers objets concrets selon une certaine liaison associative, procède alors différemment, en se basant sur un autre trait distinctif subsidiaire que celui qui guidait alors ses associations- trait absent du modèle.

Le complexe en chaîne se caractérise ainsi par le passage d'un trait distinctif à un autre. « *Par là même la signification du mot se déplace en suivant les maillons de la chaîne du complexe* » (Vygotski, 1934/1997, p. 220).

Les traits distinctifs n'entretiennent pas de rapports hiérarchiques entre eux et ont la même signification fonctionnelle.

Le complexe diffus

Le trait distinctif qui réunit les éléments concrets est diffus, fluide. La pensée non intuitive et non pratique, non soumise à la vérification pratique, fonde les généralisations diffuses à partir de traits distinctifs, instables et dépourvus de contours définis.

Le pseudo-concept

Constituant une transition vers le stade du concept, le pseudo-concept renvoie à un ensemble d'objets concrets qui s'apparentent de par leurs particularités extérieures au concept mais qui, de par sa nature psychique et les conditions de sa construction, n'en est pas un. L'enfant réunit les objets, non pas en se fondant sur le principe d'abstraction, mais en se basant sur des associations, des liaisons concrètes et empiriques. Vygotski (1934/1997) souligne la prévalence du pseudo-concept comme mode de pensée chez les enfants d'âge préscolaire. La construction des complexes est tributaire de la signification dans le langage des adultes. Le langage utilisé autour de lui par l'entourage, la communication verbale avec les adultes définit le champ d'objets qui peuvent renvoyer à une signification donnée, ainsi que les voies qu'emprunte le développement des généralisations chez l'enfant. S'il parvient au même résultat que l'adulte, au pseudo-concept, l'enfant fonctionne toutefois sur un mode de pensée différente de celle des adultes. Ainsi, dans le processus de communication verbale et de compréhension mutuelle, le complexe et le concept ont une même fonction et peuvent coïncider et renvoyer au même cercle d'objets concrets.

Vygotski souligne que la signification fonctionnelle du pseudo-concept est la compréhension mutuelle à l'aide de mots, « *…l'enfant pensant par complexes et l'adulte pensant par concepts établissent entre eux une compréhension mutuelle et une communication verbale puisque leurs pensées se rencontrent en fait dans des complexes-concepts qui coïncident* » (Vygotski, 1934/1997, p.231). Le pseudo-concept est le maillon qui fait le lien entre la pensée concrète et la pensée abstraite et conceptuelle.

Le concept

Le concept renvoie aux capacités de l'individu à généraliser, à différencier.
Le concept apparaît lorsque les traits distinctifs qui ont été abstraits font l'objet d'une nouvelle synthèse qui devient alors la forme fondamentale de la pensée. Vygotski (1934/1997) insiste sur le rôle fondamental du mot au cours de ce processus. C'est le mot qui permet à l'enfant de se centrer sur des traits distinctifs, d'en faire la synthèse, et de symboliser le concept abstrait.
Nous observons que les désignations générales précèdent des désignations particulières. En d'autres termes, et en se référant à la terminologie contemporaine dans le cadre de l'organisation conceptuelle hiérarchisée, les niveaux catégoriels sur-ordonnés sont présents avant le niveau catégoriel sous-ordonné.
Les idées autour de la formation de concepts ou de classes se sont beaucoup renouvelées au cours de ces deux dernières décennies notamment au travers de récents travaux qui ont eu pour objet d'étudier les processus de catégorisation à propos d'objets naturels et de situations habituelles. Ces nouvelles recherches ont permis de démontrer, entre autres, que la cohérence psychologique de la catégorie ou du concept semble reposer sur d'autres processus que ceux envisagés jusqu'alors par Piaget et Vygotski.

Les travaux de Rosch et les nouveaux modèles développementaux (schémas, script…) renvoient à une organisation « complexe» des connaissances sémantiques.

I-2-Le quotient intellectuel et la déficience

L'enfant hyperactif sera amené à rencontrer le psychologue scolaire qui lui fera passer un test psychotechnique (en général un WISC). Il en déduira un certain nombre d'aptitudes de l'enfant et son quotient intellectuel. En effet, si l'enfant n'apprend pas, il faudra d'abord appréhender ses capacités et écarter une déficience mentale.

On entend par intelligence normale des valeurs de QI entre 70 et 130 et plus obtenues par passation d'un test psychotechnique effectué par un psychologue.

En dessous de 70 on parle de déficience mentale légère, moins de 50 de déficience sévère et en dessous de 30 de déficience profonde.

Peut-on avoir des indices pour suspecter une déficience mentale ? Certains tests évoquent des valeurs « seuil ».

Les démences sont des troubles qui invalident le développement langagier et l'apprentissage de la lecture.

La prévalence de la déficience mentale légère est relativement élevée (20 / mille).

Les aptitudes langagières sont fragiles. L'enfant atteint de déficience mentale légère peut acquérir la complexité morphosyntaxique du langage oral. Toutefois, son évolution langagière se fait à un rythme très lent, de sorte qu'un retard d'acquisition de la parole et du langage constitue un signe d'appel habituel.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne une définition du handicap :

Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de la santé invalidant.

La loi donne trois principes :

Garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap

Permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale grâce à l'organisation de la cité autour du principe d'accessibilité généralisée qu'il s'agisse de l'école, de l'emploi, des transports, du cadre bâti ou encore de la culture et des loisirs

Placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent en substituant une logique de service à une logique administrative. A ce titre est crée une maison départementale des personnes handicapées.

On parle de déficience mentale ou intellectuelle, troubles cognitifs, troubles des apprentissages. Ces termes recouvrent-ils des handicaps différents ?

Le terme « cognitif » date des années 60, mais a vraiment pris un développement important aux alentours des années 80-90. Les fonctions « cognitives » sont celles qui nous permettent de « prendre connaissance » (de nous-mêmes, de l'autre, de notre environnement). Pour les psychiatres, il s'agit de re-nommer les fonctions mentales dans leur ensemble. Pour les neurologues, le terme recouvre une conception nouvelle des facultés cérébrales : la révolution cognitiviste a consisté à concevoir le cerveau comme un organe de traitement de l'information et les fonctions cognitives comme les systèmes, les structures et les processus par lesquels nous acquerrons, gérons et traitons l'information.

Aussi, pour se différencier de l'usage « psy » du terme, certains ont-ils préféré préciser en parlant de troubles « neuro-cognitifs », voire de troubles neuro-développementaux ».

Le terme « troubles cognitifs » fut choisi, assez vague et assez tentaculaire pour recouvrir aussi bien le déficit intellectuel, que les troubles envahissants du développement, les troubles du comportement ou certains troubles des apprentissages (troubles attentionnels, hyperactivité, certaines « dys- »).

Ainsi, récemment, nous avons vu l'Éducation nationale constituer les classes d'inclusion scolaire pour enfants porteurs d'un « handicap mental » (CLIS 1), par des enfants présentant des « troubles cognitifs ». Ces classes accueillent des jeunes déficients intellectuels et des jeunes présentant des troubles de la structuration de la personnalité, des troubles de la relation et du comportement.

On admet aussi dans ces classes des enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages, au motif qu'ils sont porteurs de troubles « cognitifs ».

Ainsi, dans l'expression « Trouble Spécifique des Apprentissages » (TSA), il faut prêter attention à l'adjectif spécifique.

Ce qu'il est important de distinguer sur le plan diagnostic et donc dans les propositions thérapeutiques, c'est la distinction entre les troubles affectant l'ensemble du fonctionnement cognitif (troubles cognitifs « globaux » ou déficience mentale) et les troubles ne concernant qu'un secteur isolé du fonctionnement mental (troubles spécifiques).

Il faut dissocier clairement les troubles intellectuels globaux des troubles spécifiques. Ce sont des pathologies qui concernent des populations d'enfants différents, qui doivent surtout bénéficier de projets thérapeutiques (rééducatifs, pédagogiques) différents.

Les troubles des apprentissages sont la conséquence « visible », le symptôme, qui révèle les troubles cognitifs sous-jacents. On emploie le terme « troubles spécifiques des apprentissages » (TSA)

Le cerveau de l'enfant est désormais compris d'emblée comme porteur de potentialités différenciées innées, structures spécialisées pour effectuer telle ou telle fonction mentale contrairement aux représentations antérieures, qui faisaient du cerveau du bébé une cire vierge sur laquelle les expériences et les échanges avec l'environnement allaient modeler peu à peu, en les complexifiant de stade en stade, les différentes fonctions mentales (raisonnement, langage, ...).

La capacité à apprendre est inné : l'enfant est doté d'un éventail de compétences initiales, sortes de « boites à outils » spécialisées qui permettent les apprentissages langagiers, gestuels, spatiaux, etc.

L'apprentissage n'est pas un processus homogène, identique pour les différentes fonctions mentales : les différents apprentissages (le langage, la mémoire, etc.) s'effectuent non seulement à des rythmes différents, mais surtout selon des schémas et des procédures spécifiques, reposant sur des réseaux de neurones spécialisés (même s'ils présentent une certaine «plasticité »).

Ce qui est acquis —d'après les interactions entre l'enfant et son environnement, tant matériel que psychoaffectif — c'est la capacité à renseigner et rendre mature ces réseaux.

C'est ce phénomène qui, en favorisant ou en effaçant certaines connexions inter-neuronales, sculptera le cerveau. Les potentialités innées de l'enfant évolueront en des performances propres à chaque sujet, construisant un être unique.

De nombreux processus peuvent altérer le résultat final car le cerveau fonctionne de manière modulaire, y compris chez le bébé. Cela signifie que des fonctions mentales (cognitives, intellectuelles) différentes sont supportées par des réseaux de neurones différents. On peut d'ailleurs détailler des systèmes isolables. Dans le fonctionnement mental « normal », ces systèmes spécialisés travaillent en étroite interdépendance. Cependant, en cas de trouble, ce n'est pas l'ensemble du développement qui dysfonctionne, mais un système, les autres étant intacts : c'est dans ce cas que l'on parlera de trouble spécifique, TSA.

Certaines atteintes électives — « les dys- », dysphasie, dyslexie, dyscalculie, dyspraxie, etc. — se manifestent par une symptomatologie particulière qui se dévoile progressivement au cours du développement de l'enfant.

Chez ces enfants « dys- » on trouve à la fois des fonctions déficitaires et des fonctions intactes, préservées, voire même surinvesties. On ne peut alors pas parler de déficience intellectuelle : les enfants TSA sont d'intelligence normale.

L'atteinte élective de certains systèmes, se traduit par :

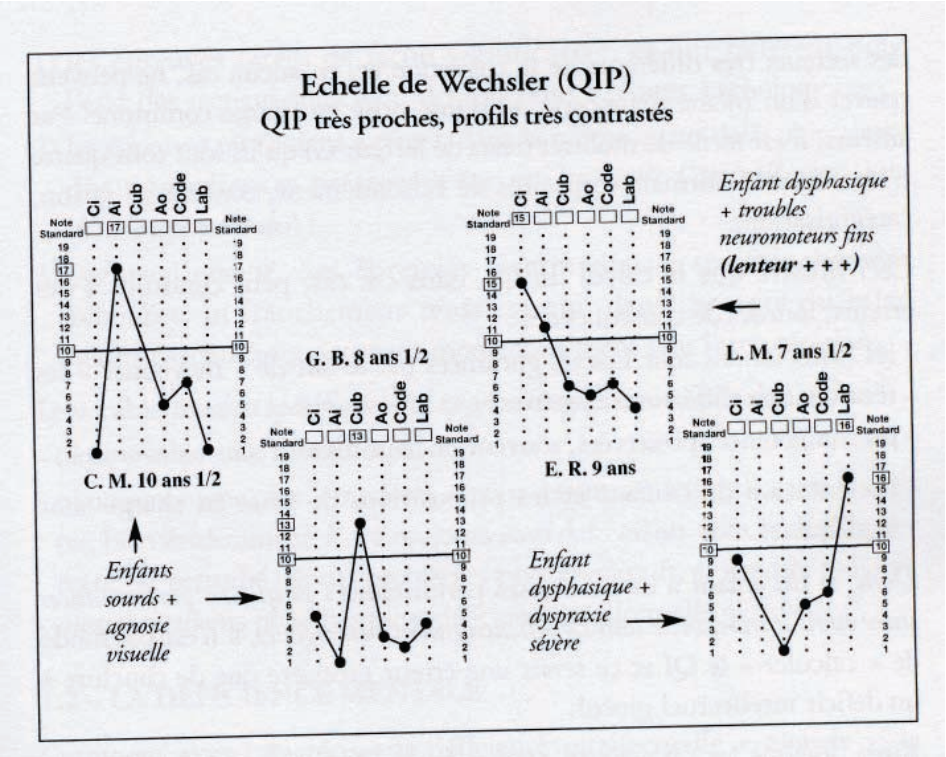
- des dissociations étranges dans les performances de l'enfant, souvent notées par les parents et l'enseignant (par exemple, l'enfant mémorise les poésies, mais pas les tables de multiplication ; il dessine bien mais écrit mal ; il joue bien à la play-station, mais n'arrive pas à s'orienter sur une page, etc.) ;

- des hétérogénéités significatives dans les tests étalonnés.

Ainsi, les 4 enfants dont les courbes sont reproduites ci-dessous sont tous quatre en grande difficulté de langage oral (surdité, dysphasie).

On utilise aujourd'hui le WISC IV, mais pour cette explication on parle encore de QIP. Un QIP (quotient intellectuel de performance) leur est alors proposé (échelle de Wechsler) et, si l'on calcule leur QIP (aux alentours de 65), tous quatre se situeraient dans la zone de déficience.

Figure 1 : Comparaison de QIP d'enfants ayant des difficultés en langage oral



Ces enfants ont des profils très contrastés: ils sont dotés de compétences et d'incompétences dans des secteurs très différents de la cognition et ne peuvent relever d'un même diagnostic, ni d'une prise en charge commune.

Il faut être vigilant dans le calcul du QI (quotient intellectuel).

- les dissociations sont gommées par le fait de « moyenner » les résultats aux différentes épreuves ;
- les compétences préservées ne doivent pas être méconnues ;
- l'orientation de l'enfant et les propositions de prise en charge doivent tenir compte de ces différences.

Aussi, lorsque les QI sont exigés par les commissions qui orientent les enfants, il convient de donner aux décideurs des informations pertinentes. C'est pourquoi, lorsque les indices sont significativement hétérogènes, il convient de communiquer les résultats sous la forme de trois groupements :

1) les épreuves ratées significativement qui reflètent l'état des fonctions atteintes, pathologiques ;

2) les épreuves dans la norme ou au-delà, notant des compétences préservées (ce qui interdit l'assimilation aux déficiences mentales);

3) éventuellement, des épreuves intermédiaires (ni franchement échouées, ni franchement réussies) qui, dans l'attente du bilan neuro-psychologique, restent momentanément sans interprétation.

Les « troubles spécifiques des apprentissages », TSA, ne recouvrent pas de « nouveaux » handicaps, ni le handicap mental. Il y a toujours des enfants dont le développement est perturbé par des problèmes psychoaffectifs, ainsi que des enfants présentant une déficience intellectuelle globale. Il faut différencier la déficience intellectuelle « globale », de troubles spécifiques et de l'association de plusieurs TSA (co-occurence fréquente, par exemple : dysphasie + dyspraxie, ou dyspraxie + troubles attentionnels, ou dyslexie + dysgraphie, etc.). Certaines activités mentales non spécifiques, relèvent de capacités supérieures, transversales, contrôlant et gérant toutes les autres. Elles influencent le développement et le niveau de performance dans tous les autres secteurs de la cognition : il en est ainsi de l'attention, de la mémoire de travail, de la vitesse de traitement des informations (ces trois fonctions étant d'ailleurs en partie interdépendantes). Les épreuves qui évaluent les capacités de catégorisation, classification, conceptualisation, stratégie, raisonnement, ont toujours eu un statut différent de celles qui testent la mémoire, le langage ou les fonctions visuo-spatiales par

exemple.

Ces épreuves de « facteur G » (pour « facteur d'intelligence générale »), occupent toujours une place à part dans l'évaluation des difficultés de l'enfant. Nous citerons à ce sujet plusieurs extraits de J.-F. Dortier (2003), qui synthétise sur ce sujet la pensée actuelle de nombreux cognitivistes : - *« La capacité à catégoriser (à classer) les objets de notre environnement (les fleurs, les arbres, les oiseaux, les hommes) serait une aptitude innée, forgée par l'évolution. Cette aptitude permet de structurer son environnement et d'agir efficacement dans un milieu toujours changeant»*. - « Les catégories de ce monde sont tout sauf arbitraires et non ambiguës. Elles sont constituées par des objets dont les propriétés ne sont généralement pas indépendantes entre elles (si un animal a des ailes, il y a de fortes chances qu'il vole ..., mais cela n'est pas vrai des manchots et les autruches ne volent pas)».

- Penser, c'est donc toujours effectuer des tris et focaliser son attention sur certaines données, puis les mettre en forme et les assembler selon des modalités diverses : (association, analogie, déduction). Penser suppose une « mise en forme » du monde à partir d'indices partiels. Formes, scripts, schémas, prototypes et catégories constituent des grilles d'analyse implicites pour décoder le réel.
- « Le facteur « G » est le facteur d'ordre supérieur qui ne peut être décrit en termes de contenu de connaissances, d'habiletés ou en termes de processus cognitifs. Ce n'est ni une variable comportementale ou psychologique, mais une propriété du cerveau ».

Il s'agit de raisonner, de déduire (trouver la règle dans une suite logique), d'inférer, de comparer pour regrouper (ou différencier, éliminer, «chasser l'intrus ») selon des critères écologiques, analogiques ou logiques (tri, classement, catégorisation), avec des critères plus ou moins familiers, plus ou moins abstraits, plus ou moins arbitraires. Toutes les épreuves « piagétiennes » (raisonnement, logique) sont également des épreuves de facteur G (« conservations », épreuves de Longeot, UDN-II, etc.).

Les épreuves « de facteur G » sont donc des épreuves de choix pour différencier TSA — où le facteur G est préservé — et les déficiences mentales, dans lesquelles, par définition, le facteur G est déficitaire.

Il faudra choisir avec pertinence la tâche de catégorisation ou de logique qu'on proposera : épreuve visuelle ou visuo-spatiale (matrices, cubes de Kohs, etc.) ou verbale (similitudes des échelles de Wechsler), selon les cas et la symptomatologie. Si l'enfant a un problème de langage, il faut d'abord chercher à évaluer les capacités de catégorisation par une épreuve non-verbale. Au contraire, pour un trouble graphique, il faut évaluer le facteur G par des épreuves verbales. S'il y a échec à la fois les épreuves de facteur G verbales et non-verbales on pourra évoquer l'éventualité d'une association de troubles spécifiques.

Le diagnostic de déficience intellectuelle ne peut se réduire à un test psychométrique ou à un chiffre, celui du QI (Grégoire, 2000).

On devra faire une démarche diagnostique rigoureuse (Mazeau, 2003) afin de porter soit :
- le diagnostic de trouble spécifique (TSA isolé ou cooccurrence de TSA),
- ou celui de déficience mentale.

Le diagnostic permet de proposer diverses prises en charge, afin de répondre de façon adaptée aux problématiques distinctes.

On doit proposer des réponses adaptées à des besoins spécifiques.

- Trois stratégies vont être mises en jeu pour des TSA :

1) La rééducation du trouble « dys-» diagnostiqué : c'est une rééducation technique, «cognitive », prenant en compte les mécanismes pathologiques sous-jacents au symptôme
2) Le contournement des troubles, en utilisant les fonctions cognitives préservées, dont la logique et la conceptualisation voire en surentraînant les fonctions indemnes;
3) Les adaptations (de la pédagogie), qui permettront de rendre l'enfant plus performant dans un environnement aménagé, le plus souvent en fonction d'aides techniques (ordinateur, synthèses de parole, logiciels divers, etc.).

Les structures adaptées sont donc rééducatives, centrées autour de rééducateurs formés à la psychologie cognitive, connaissant bien l'évolution développementale des enfants, mais aussi les exigences scolaires en fonction de l'âge et de la classe.

L'objectif de l’inclusion scolaire est de permettre, avec les adaptations pédagogiques, les aides humaines et matérielles indispensables, l'acquisition des savoirs standards des enfants d’une même classe d'âge (ou à peu près).

- Chez l'enfant présentant un déficit mental, il faudra:

1) Être très réservé en ce qui concerne la multiplication des rééducations centrées sur un aspect trop fragmentaire du fonctionnement cognitif : le risque est qu'il ne puisse pas réinvestir ces techniques dans un fonctionnement plus global. L'enfant n’arrivant pas à maîtriser le mode d'emploi des rééducations, ni leurs conditions d'utilisation.
2) Favoriser l'activité éducative et pédagogique, à laquelle l'enfant peut trouver facilement une signification. Les apprentissages chargés de sens et contextualisés, contribueront alors à sa maturation et à son épanouissement.
3) Concevoir des adaptations (matérielles, scolaires, sociales) afin de rendre l'enfant le plus autonome possible. Les structures (établissements spécialisés ou SESSAD) adaptées avec des personnels formés et compétents, (éducateurs, psychologues et psychopédagogues formés au développement de l'enfant) permettent de créer du sens en proposant des activités éducatives motivantes. Les apprentissages s’y font en fonction du niveau et du rythme de chacun. La scolarisation vise essentiellement la socialisation, l'adaptation au groupe, les relations avec les pairs et l'épanouissement personnel.

I-3- ASPECTS AFFECTIFS ET SOCIAUX DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Le développement de l'enfant dépend bien sûr de prédispositions naturelles. Mais il s'agit aussi du résultat d'un apprentissage réalisé dans le cadre d'interactions sociales. Les interactions entre la mère, le père et l'enfant constituent la base de l'évolution langagière et du développement intellectuel et affectif de l'enfant. Les carences affectives, totales ou partielles, ont pour conséquence une altération du développement global de l'enfant. Dans tous les cas, ces carences affectent de façon plus ou moins sévère l'évolution du langage et les troubles du comportement.

I-3-1-Affectivité, interactions sociales et langage

Dès sa naissance, l'enfant manifeste un ensemble de conduites affectives, sourire, cris, qui lui permettent d'exprimer des besoins de base centrées sur l'alimentation. Il naît dans un monde où l'on interprète ses cris ; cette interprétation est accompagnée de gestes et de paroles d'une mère qui améliore régulièrement sa capacité à comprendre les pleurs, les regards et les sourires de son bébé.

Le bébé apprend en retour à maîtriser l'effet de son comportement et donc à communiquer avec l'intention d'obtenir un effet particulier : il s'agit là d'une communication intentionnelle selon Delahaie, (ibid), (p 44).

Dès l'âge de deux mois, la capacité à répondre aux objets et aux personnes familières par un sourire tend en effet à montrer que les conduites affectives précoces ne sont pas uniquement biologiquement déterminées mais traduisent bien la participation de l'enfant à un système affectif de communication. Dans ce système, l'enfant est capable de faire des comparaisons et peut manifester son attente vis-à-vis d'un fait agréable sur le point de survenir ; il ne réagit pas simplement à des stimuli, il peut penser les évènements et leurs effets. Pour désigner les interactions particulières au cours desquelles l'enfant apprend à communiquer, on parle classiquement de « formats de communication ».

Il s'agit de situations caractérisées par une intention, un but et dans lesquelles se déroule une série de processus rapidement routiniers, formant un cadre pour des communications bien spécifiées, verbales ou non verbales (par exemple lors du coucher ou lors des repas de l'enfant). Une grande partie de l'activité de l'enfant au cours de sa première année de vie est ainsi sociale et communicative.

L'affectivité, la connaissance et la communication se développent conjointement et de façon indissociable dans le cadre d'interactions qui conduise l'enfant à beaucoup apprendre sur le langage avant même de l'avoir acquis. Lorsqu'il commence à utiliser les premières expressions qui peuvent être considérées comme des mots, il a déjà acquis une maîtrise certaine de la communication. La mère et l'enfant se comprennent dès les premiers mois de la vie.

Le bébé est doté dès sa naissance d'un équipement relativement développé en mécanismes intellectuels et perceptifs pour affronter le monde. Sur le plan de la perception visuelle, l'enfant est capable avant quatre mois de discriminer les formes et les couleurs.

Concernant la perception auditive, il a découvert, dès la troisième semaine de vie, la plupart des nuances de la voix humaine. Il manifeste une préférence pour la façon généralement adoptée de parler aux bébés et il est capable de discriminer la voix de sa mère parmi plusieurs voix. De plus, dès l'âge de trois mois, les différentes capacités perceptives des sons de la parole habituellement observées chez l'adulte sont présentes chez l'enfant.

Avec de telles capacités, le bébé peut donc dés ses premières semaines de vie, être sollicité par des stimuli visuels et auditifs variés.

Or le visage de la mère, objet d'une attention sélective du bébé, regroupe précisément l'essentiel des stimuli auxquels il est sensible : la brillance et le mouvement des yeux, les contrastes de couleurs entre les différentes parties du visage (peau, sourcils), les mouvements de la bouche qui sourit et émet des sons de mille manières.

Vers l'âge de un an en moyenne, l'enfant émet des séquences syllabiques spécifiquement liées à un contexte donné (et pas encore généralisées à d'autres contextes qui pourraient être similaires).

A partir d'un certain niveau de fréquence d'utilisation par la mère, les syllabes dupliquées (do-do, bo-bo) évoluent d'une part, vers des mots correctement prononcés et, d'autre part, vers une application à des usages moins fréquemment rencontrés.

La répétition des processus de généralisation s'accompagne ainsi d'une découverte du langage en tant que représentation de la réalité et d'une prise de conscience du fait que tout ce qui est perçu comme différent est nommé différemment.

L'acquisition dans le cadre d'interactions mère-enfant rend compte du fait que jusqu'à l'âge de 2-3 ans en moyenne, pratiquement tous les mots utilisés par l'enfant sont les mêmes que ceux utilisés par la mère. De même, la grammaire acquise par l'enfant à partir de l'âge de dix-huit mois en moyenne, sera pour une large part celle proposée par la mère**.** (Delahaie (ibid), p 46)

I-3-2- Les conséquences des carences affectives et sociales

Si l'évolution du langage chez l'enfant résulte de l'interaction entre ses capacités propres et l'influence de son environnement, on doit prendre en compte les effets d'une insuffisance de stimulations sensorielles, affectives et sociales.

Une situation bien connue de carence partielle est celle de la maltraitance infantile. Elle entraîne classiquement un retard de parole et de langage, l'expression étant plus atteinte que la compréhension : l'articulation est déficiente, le vocabulaire est pauvre, la maîtrise des formes syntaxiques est peu développée. Les troubles du langage coexistent habituellement avec un retard de croissance, un retard intellectuel et des difficultés majeures dans les apprentissages scolaires.

Le manque de stimulation verbale ne semble pas constituer le facteur le plus important dans la genèse des troubles observés. Cette carence partielle isolée n'entraîne pas en effet de retard de langage : les enfants de parents sourds qui communiquent avec leurs parents sur un mode non verbal présentent une évolution normale du langage oral. Il semble que le manque de stimulation verbale n'a de conséquence sur le développement de l'enfant que lorsqu'il est associé à une carence d'amour et d'affection. Cette carence a pour conséquence le défaut de participation de l'enfant à un système affectif de communication, condition déterminante de son développement. Il en résulte des inadaptations émotionnelles et sociales. L'enfant souffrant de carences affectives est en effet « désinhibé » au plan social : il ignore les différences qui existent dans les relations sociales et n'arrive pas à nouer de véritables relations affectives.

Les enfants prématurés, placés en couveuse peuvent souffrir d'un trouble de l'attachement. Lézine,[9] (1976-1977) a observé les importants troubles du développement des prématurés autrefois : la rythmicité alimentaire se coordonne mal, l'architecture du sommeil qui organise la nuit avec ses ondes cérébrales différentes, ne prend pas sa forme habituelle et, surtout les troubles du tonus musculaire faussent les ajustements corporels entre la mère et l'enfant.

C'est pourquoi, on s'applique à ne plus séparer la mère et l'enfant, les mères sont hospitalisées avec l'enfant. Les psychologues parlent avec ses mères privées de grossesse et ont rétabli le lien fantasmatique en demandant aux puéricultrices de ne plus se qualifier elles même « maman », permettant ainsi aux accouchées de se sentir à nouveau mères et en les associant le plus possible aux soins. La médiation de la parole est très importante pour palier le manque de contacts physiques. A présent, en quelques mois, les prématurés rattrapent le niveau de développement des nouveaux nés à terme. Et par des paroles et des gestes très simples, le syndrome tardif de l'ancien prématuré est en voie de disparition. Cyrulnik , (ibid), P 78.

Des carences totales ont pu être observées dans les cas extrêmes des « enfants sauvages ». Lors de leur découverte, aucun de ces enfants ne parlait. On se souvient en particulier du cas très symbolique de Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron trouvé en 1799 alors qu'il était âgé de douze ans environ. Les tentatives de rééducation furent vaines : Victor ne put acquérir le langage, ni la plupart des conventions sociales. Toutefois, son cas, comme d'ailleurs la plupart des cas historiques d'enfants sauvages, a posé le problème des raisons précises de l'abandon. On s'est demandé en particulier si les raisons de cet abandon n'étaient pas liées à une pathologie autistique ou à un retard intellectuel profond.

Quoiqu'il en soit, le fait que le langage ne puisse être rééduqué au-delà d'un certain âge suggère l'existence de périodes sensibles pour son développement.

Cette notion est encore discutée. Cependant, l'hypothèse selon laquelle le langage s'acquiert dans les douze premières années de la vie est largement acceptée.

---

[9] LEZINE, (1976-1977) dans « Remarques sur la prise de conscience du corps chez le jeune enfant » bulletin psychologique n° 30, pp 253,263

On observe en effet que le traitement précoce des carences environnementales, comme le placement d'un enfant maltraité en famille d'accueil, contribue à la récupération parfois rapide et totale du langage.

I-3-3-Les interactions

Bruner dans ses travaux sur l'acquisition du langage a montré comment « l'interaction » de la mère avec son bébé et leur « attention conjointe » créent la première trame dans laquelle s'établit la compréhension du monde du jeune enfant. Il y a donc une interaction sociale dans l'apprentissage du langage. Le langage du bébé dépend de celui de sa mère.

Selon Barais et Cupa[10], (1999), p 111 : Au cours du premier semestre de la vie, la mère est « moi auxiliaire » du bébé. De la condition particulière du bébé humain à la naissance (immaturité et dépendance absolue de l'entourage) résulte la nécessité absolue pour lui d'une continuité relationnelle avec un personnage maternant. C'est la capacité de la mère à soutenir physiquement et psychiquement son bébé (la fonction de « Holding » selon Winnicott) qui va lui permettre d'acquérir petit à petit « le sentiment continu d'exister », de construire son self. C'est la base du sentiment de sécurité et de confiance en soi dans un environnement ressenti comme « bon ».

La mère répond de manière ajustée à son nourrisson grâce à un état particulier temporaire que Winnicott appelle « préoccupation maternelle primaire ». Ainsi, les soins maternels, par leur caractère régulier et cohérent, vont permettre au bébé de mémoriser l'expérience de satisfaction, et de la « revivre » mentalement au moment où la tension désagréable liée au besoin survient : c'est pour lui la première ébauche d'un fonctionnement psychique autonome. Dans les premiers mois de la vie du bébé, la mère « pense pour lui » ; elle anticipe ses besoins et donne du sens à ses comportements. Elle lui sert de « moi auxiliaire ».

Petit à petit, sous l'influence des progrès de la maturation et de l'expérience, se construit la distinction dedans-dehors, et à partir de celle-ci, la reconnaissance de soi comme différent d'autrui.

---

[10] A.Barais et D .Cupa, (1999), « 100 fiches de psychologie », Bréal, Paris, p 111

Ce moment crucial dans la vie du bébé implique un changement structural de son fonctionnement psychique : l'enfant acquiert maintenant une représentation d'ensemble de lui-même et de la mère comme personne « entière » et distincte de lui, pouvant être alternativement perçue par lui-même comme « bonne » ou « mauvaise ».

Dans le même mouvement, il reconnaît en lui des sentiments de haine lorsqu'il est frustré, d'amour lorsqu'il est gratifié. Ainsi naît l'investissement ambivalent de la mère, source d'angoisse pour le bébé.

Si les parents « survivent » aux attaquent dont le bébé peut craindre fantasmatiquement la portée destructrice, s'ils lui donnent la possibilité de se réconcilier avec eux en acceptant ses marquent de tendresse, il va progressivement acquérir la confiance en ses possibilités réparatrices.

L'étape que constitue, au cours du deuxième semestre de la vie du bébé humain, la construction du « self » et de l'objet d'attachement est cruciale, car de la manière dont elle est abordée et franchie dépendra l'organisation future de la personnalité.

Le terme interaction a des significations multiples, il y a une interaction entre les facteurs psychologiques, biologiques et sociaux dans le développement de l'enfant. Mais en psychologie et psychopathologie du développement le terme d'interaction renvoie au concept d'interaction interpersonnelle, sociale. Les cliniciens utilisent le plus souvent le terme d'interaction dans un sens assez large, en se référant à l'observation des interactions, des échanges et de la communication entre le bébé et sa mère ou un autre partenaire pendant une durée plus ou moins longue, par exemple celle de la consultation. Pour les psychologues du développement, l'interaction sera : « la séquence d'au moins deux comportements socialement orientés contigus et réciproquement adressés ».

En clinique il faudra repérer les trois dimensions de l'interaction**,** (Lebovici et Stoleru (1983), Mazet et Stoleru (1993)) :

- l'interaction comportementale : ajustement tonico-postural et contacts cutanés, regards, vocalisation du bébé et paroles maternelles ;

- l'interaction affective : tonalité affective générale de l'interaction et qualité de l'harmonisation affective permettant au bébé et à son partenaire de partager leurs expériences émotionnelles ;
- l'interaction fantasmatique avec sa double dimension imaginaire consciente ou préconsciente et fantasmatique inconsciente.

La notion d'accordage affectif (affect attunement) a été décrite par Stern.

Il s'agit là de l'expérience subjective partagée par la mère et son bébé notamment lorsque celui-ci a atteint environ 8-9 mois. Chaque partenaire reproduit alors la qualité des états affectifs de l'autre sur un ou plusieurs canaux sensori-moteurs.

Par exemple à un des gestes du bébé correspondront des vocalisations maternelles, dans une transposition inter-modale que Stern considère comme essentielle dans le processus qui conduit peu à peu à la mise en place d'une activité symbolique et du langage.

L**a** notion d'interaction renvoie à une temporalité très réduite même si le découpage de la réalité est variable comme nous l'avons vu en clinique (par exemple le temps d'une consultation) ou en recherche non-clinique (par exemple deux ou trois comportements socialement orientés, contigus, réciproquement adressés se déroulant sur un temps de quelques secondes). On voit donc que cette notion d'interaction est différente de celle de relation avec laquelle elle est volontiers confondue. Cette dernière est une notion dont la temporalité est évidemment très différente : une relation interpersonnelle va naître, se développer, se renforcer ou bien se rompre ou menacer de se rompre ; elle se situe sur une durée, certes variable, mais qui ne va pas se compter - sauf exception - en minutes et peut durer des années, voire toute une vie.

Il faut repérer des troubles de l'interaction avant que les difficultés ne se manifestent sous forme de symptôme de l'enfant ou de troubles de son développement.

On y sera attentif dans les situations à risque pour le bébé (maladie physique ou anomalie congénitale du bébé, dépression du post-partum, troubles psychiques maternels, mères HIV +, familles dites à problèmes multiples, etc.).

Le repérage de troubles précoces des interactions peut être l'indication de la mise en œuvre de mesures thérapeutiques (observation thérapeutique, suivi et soutien psychologique, consultations thérapeutiques ou thérapie brève parents-bébé, intervention à domicile, etc.).

Ce repérage d'un attachement dysconfiant pourrait peut-être par une prise en charge précoce diminuer les symptômes d'hyperactivité.

En situation clinique on observera les troubles des interactions entre le bébé et sa mère. Concernant les difficultés de relation entre eux, on peut faire l'hypothèse qu'il y a des mécanismes de projection des relations que la mère a eut avec ses parents et qui peuvent interférer dans cette relation à son bébé.

Le thérapeute devra mettre en place une attitude bifocale, c'est à dire à la fois écouter un discours et une histoire et en même temps observer et regarder ce qui se passe pendant le temps de la consultation.

On pourra observer le processus de changement thérapeutique : la disparition des troubles des interactions constatés qui signent le malaise relationnel entre cette mère et ce bébé représentera le témoin clinique, de l'ordre de la dimension du signe, du processus de changement. Le champ de l'observable peut être utilisé dans le traitement lui-même dans la mesure où les parents parlent volontiers dans ces consultations parents-bébé de situations concrètes, par exemple de difficultés au cours des moments et des activités de la vie quotidienne (repas, change, bain, etc...) situations de la réalité qui représentent un support dans la verbalisation des affects et des représentations.

Manzano[11], (1988), a étudié la nature de la problématique psychique des parents et le type d'interaction parents-bébé dans les cas d'indication, contre-indication et limitation aux interventions thérapeutiques brèves parents-enfant. Il a noté l'importance d'un deuil et de sa nature non élaborée par les parents.

---

[11] MANZANO J. (1988), Problématique psychique et interactions parents-bébé lors des interventions thérapeutiques brèves, in B. Cramer (dir.) *Psychiatrie du bébé. Nouvelles frontières* 71-83, Paris, Eshel

Les caractéristiques dynamiques et pulsionnelles des projections faites par ceux-ci sur leurs enfants comme celles des contre-identifications complémentaires influent sur les modalités interactives parents-bébé.

Une échelle du comportement néo-natal, élaborée par Brazelton[12], (1984), peut-être utilisée dans le premier mois de la vie du bébé pour évaluer ses différentes capacités motrices, perceptives, et interactives. Cette échelle comporte 28 items évaluant la réaction du bébé à différents stimuli sonores, visuels, moteurs.

Plusieurs items évaluent cette dimension interactionnelle : par exemple :

item 14 : réaction des bras, des épaules et de la tête quand on prend le nouveau-né pour l'asseoir ;

item 15 : aptitude à se blottir (réaction au fait d'être pris dans les bras par l'examinateur) ;

Item 17 : consolabilité (nombre de manœuvres que doit faire l'examinateur pour calmer le nouveau-né perturbé) ;

item 18 : sommet de l'excitation et capacité de contrôle de soi du bébé (pendant tout l'examen)

item 21 : types d'activité et degré d'activité (tout au long de l'examen du bébé) ;

item 28 : sourires (à la fois grimace et imitation de sourires sociaux, se manifestant à des moments apparemment appropriés).

---

[12] BRAZELTON T. B. (1984), Neonatal Behavioral Assessment Scale / 2nd. Ed., Clinics in Developmental Medicine, 88

David et Appel[13], (1966), au travers d'une description détaillée et comparative de cinq cas ont montré la multiplicité des aspects sous lesquels les interactions se manifestent, peuvent être décrites et comment elles se jouent dans la vie quotidienne et à travers tous les événements qui tissent la vie de l'enfant.

En effet, dans chaque couple mère-enfant, la relation est dominée par une ou deux attitudes fondamentales qui trouvent à s'exprimer, à se réaliser à travers toutes les interactions dont elles constituent le fil directeur ; elles les organisent en un pattern cohérent, qui a une configuration spécifique, qui diffère d'un couple à l'autre et qui, pour chacun peut être décrit avec précision. Ce pattern d'interactions, tout en étant constant, loin de donner lieu à des comportements stéréotypés, s'exprime d'une infinie variété de manières.

Field[14], (1980), a mis l'accent sur le fait que les capacités d'interaction et de régulation des états de vigilance chez le bébé prématuré, telles qu'elles sont évaluées par l'examen de Brazelton, apparaissent inférieures chez les bébés prématurés quand on les compare à celles des nouveau-nés à terme.

Les capacités d'interaction sont encore plus compromises lorsqu'à la prématurité vient s'ajouter une affection médicale. Durant cette période, un attachement normal ne peut s'instaurer du fait de l'hospitalisation du bébé. Ainsi, malgré les efforts déployés par les parents, les bébés prématurés répondent plus difficilement et moins activement que les bébés nés à terme. Abstraction faite des variations individuelles, les études sur l'interaction parents-nourrisson font apparaître le bébé prématuré comme moins gratifiant et ses parents comme ayant plus de difficulté à entrer en communication avec lui.

---

[13] DAVID M. et APPELL G. (1966), Relation mère-enfant. Étude de cinq patterns d'interaction entre mère et enfant à l'âge de un an, Psychiatrie de l'Enfant, IX, 2, 445-531

[14] FIELD T. M. (1980), Interactions of preterm and term infants with their lower- and middle- class teenage and adult mothers, in High risk infants and children : adult and peer interactions 113-132, New York, Academic press

Guedeney et Kreisler [15] (1987) ont écrit un article sur les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant pendant les 18 premiers mois. Celui-ci met l'accent sur le fait que dans un bon nombre de cas on est confronté à une défaillance plus ou moins importante de la fonction de pare-excitation chez la mère entraînant une hyperstimulation anxieuse et ses conséquences sur la régulation des états émotionnels, de tension et de détente du bébé.

Kreisler, Fain et Soule, (1966)[16], sont les trois pionniers de l'abord de la clinique psychosomatique du nourrisson en France. Ils abordent nombre de troubles fonctionnels : colique idiopathique du premier trimestre, insomnie, mérycisme, anorexie, vomissements, dans une perspective médicale, puis psychopathologique étudiant le fonctionnement mental des parents et les caractéristiques interactionnelles à travers les relations parents-bébé.

Kreisler [17] (1991), souligne les bases originaires de l'organisation psychosomatique du jeune enfant, et montre l'importance des capacités réceptives et réactives du bébé à la réponse somatique. Il met l'accent sur les influences interactives primaires, soit le surplus d'excitation, soit l'insuffisance chronique interactionnelle, soit les dysfonctionnements interactionnels. Il y a aussi lieu de noter la dimension transgénérationnelle des troubles de l'attachement.

Britt-Mari Barth, (1993), dit que l'on apprend en fonction d'un contexte culturel. Dans une configuration culturelle, tout fait, signe est interprété (énoncé, milieu, situation, gestualité, mimique…).

---

[15] GUEDENEY A. et KREISLER L. (1987), Sleep disorders in the first 18 months of live : Hypothesis on the role of mother-child emotional exchanges, Infant Mental Health Journal, 8, 3, 307-318

[16] KREISLER L. (1991), Les bases originaires de l'organisation psychosomatique. Les capacités réceptives et réactives du bébé à la réponse somatique. Les influences interactives primaires, Revue française de psychosomatique, 1, 169-184

[17] KREISLER L. (1991), Les bases originaires de l'organisation psychosomatique. Les capacités réceptives et réactives du bébé à la réponse somatique. Les influences interactives primaires, Revue française de psychosomatique, 1, 169-184

L'interaction humaine vérifie les propriétés du système :

- la totalité : la modification d'un élément modifie tous les autres et leurs relations
- la rétroaction : toute action modifie le système en retour
- la stabilisation : les systèmes ouverts tendent vers un retour à l'équilibre

Un individu participe à la communication en tant qu'élément d'un tout. Il n'existe pas de non-comportement. On subit les contraintes du contexte externe (la situation objective) et du contexte interne (expériences et réactions affectives).

L'hypothèse de Goffman serait que l'existence de codes de comportements organiserait le comportement individuel et interindividuel et règlerait son appropriation au contexte**.**

Pour Barais et Cupa, (ibid), p 104, les interactions précoces peuvent être définies comme « un ensemble de phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps » entre le nourrisson et ses différents partenaires (Lamour, Lebovici, 1991). Cette notion a progressivement conduit à prendre en compte non seulement l'attitude du ou des partenaires du nourrisson mais aussi les effets exercés en retour par le bébé sur ses parents et la manière dont il influence l'interaction ainsi que les soins qu'il reçoit d'eux.

Les interactions parents-nourrisson sont décrites suivant 3 niveaux : comportemental, affectif et fantasmatique. Au niveau comportemental, les interactions s'organisent selon différents types d'échanges : corporel, visuel et vocal.

Les interactions affectives désignent « l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de ses partenaires » Lamour et Lebovici, (1991).

Enfin, les interactions fantasmatiques décrivent l'influence réciproque de la vie psychique du bébé et de son partenaire aussi bien au niveau imaginaire conscient qu'inconscient. Déjà pendant la grossesse, des interactions fantasmatiques peuvent naître.

A partir de l'observation d'un jeune enfant qui fait disparaître puis réapparaître une bobine attachée à un fil, Freud interprète que cet enfant met en scène de manière répétitive l'absence et le retour de sa mère et souligne le rôle actif de l'enfant face à un évènement pénible et la possibilité pour lui de le maîtriser en se le représentant.

Depuis cette observation de princeps, l'évaluation des interactions précoces repose principalement sur l'observation directe (selon par exemple, la méthode de Bick), le plus

souvent à visée thérapeutique, ainsi que sur l'observation armée qui recourt principalement à des échelles d'évaluation (NBAS de Brazelton, la RAF de Bobigny…).

On appelle « dyade » le couple mère/enfant et triade l'ensemble père, mère, enfant.
Les études sur les interactions triadiques montrent que les pères s'engagent plus que les mères dans des interactions physiques et stimulantes (lancer de l'enfant en l'air…). Les nourrissons peuvent ainsi différencier leur père de leur mère et se comporter différemment avec l'un ou l'autre.

La triade mère, père, nourrisson, ou triade familiale, est prise en compte dans une perspective systémique. Fivaz, (1994) montre comment un bébé en interaction avec ses parents est capable d'interagir avec eux et comment se développe son autonomie au sein du système triadique. Pour les psychanalystes qui se situent au niveau intrapsychique, la triangulation est constituée par l'introduction par la mère du père comme tiers représentant la loi qui concerne les désirs œdipiens.

Pour l'enfant qui naît dans une culture donnée, l'enculturation passe par une initiation précoce. Dès ses premiers jours, la transmission des logiques culturelles est en œuvre.
Elle se fait principalement par le corps, les soins donnés au bébé, le langage, le mode d'être relationnel que la mère et le groupe établissent avec lui, en d'autres termes par les interactions qui véhiculent une grille de lecture du monde, des manières de faire et de penser.

Pour la construction des liens, depuis Bowlby, on parle de « modèles opérants » chez le nourrisson. Les figures d'attachement (telles que la mère ou le père en sont les éléments clefs. En effet, dans la répétition des interactions, l'enfant va progressivement construire des représentations mentales de lui-même en relation avec les autres.

L'enfant se sentira sécurisé ou non en fonction de la qualité et de la stabilité de la représentation interne des relations établies avec le parent. Les patterns d'attachement se transmettent d'une génération à une autre.

Au cours de la grossesse puis au sein des interactions précoces, les parents vont se découvrir, s'apprivoiser et s'ajuster. Il arrive que certains parents et leur bébé soient en difficulté. Il peut y avoir une mère dépressive ou psychotique, de l'alcoolisme, de la violence, un grand frère drogué, une mère seule avec 10 enfants, etc… Pour de multiples raisons

génétiques, familiales et sociales le processus d'attachement ne se fait pas de manière sécurisante pour l'enfant. On parle alors d'un attachement dysconfiant. De nos jours, des interventions psychothérapeutiques variées sont proposées : consultations thérapeutiques, guidance développementale et parentale, visites ou thérapies à domicile.

La construction de la capacité de solitude, la séparation d'après Barais et Cupa,[18] (ibid), est une étape importante. En effet, c'est dans la qualité de l'accompagnement que se construit l'autonomie. La possibilité pour le petit enfant d'être séparé momentanément des personnes auxquelles il est attaché, sans qu'il éprouve un effondrement psychique, est le témoignage d'une « base de sécurité suffisante ». Les premières expériences de socialisation à l'entrée à l'école maternelle, éprouvent la plasticité des liens établis entre l'enfant et ses objets d'attachement, en particulier la mère ou son substitut.

L'activité symbolique implique la possibilité de se représenter un objet absent ou de l'évoquer par le langage. L'enfant ne peut y avoir accès que lorsqu'il a acquis une représentation claire de lui-même et de l'objet d'amour privilégié comme différent, séparé de lui, et existant même lorsqu'il ne le perçoit pas directement.

Il faut qu'il puisse supporter l'absence de cet objet d'amour sans que sa continuité narcissique soit mise en cause, sans qu'il se sente « détruit » par cette absence, vécue alors comme une perte.

Pour Winnicott (1994) ce passage est facilité lorsque l'enfant a à sa disposition un « objet transitionnel » : couche, morceau de tissu, couverture, ou tout autre objet auquel le petit enfant s'attache particulièrement et dont la présence se révèle indispensable à certains moments (endormissement par exemple). Cet objet est à la fois « une partie presque inséparable de l'enfant », mais aussi « la première possession de quelque chose qui n'est pas (lui) ». Winnicott (ibid), voit dans l'objet transitionnel une des manifestations de l'aptitude de l'enfant à « créer un objet », c'est-à-dire un début de symbolisation. En effet, par sa double appartenance au monde externe et interne, et investi par l'enfant de significations affectives qui lui sont propres, il va permettre à ce dernier d'élaborer la séparation d'avec sa mère, en la représentant.

---

[18] Weil-Barais A. et D. Cupa, p 112, « 100 fiches pour connaître la psychologie », Bréal, 1999

Ces activités transitionnelles seront peu à peu abandonnées lorsqu'elles perdront leur signification. Elles se poursuivront dans la vie adulte par le plaisir dans la poésie, la musique ou toute activité culturelle se situant à mi-chemin entre la réalité interne et le monde extérieur.

La capacité de solitude renvoie au plaisir d'être seul et dépende de l'intériorisation progressive d'une image maternelle suffisamment sécurisante. La bonne mère que l'on garde en soi « autorise sa mise en parenthèses, sans risque de la perdre, pour jouir de sa solitude » (Winnicott, La capacité d'être seul). C'est dans cette « solitude » que se développe le plaisir de jouer, première activité symbolique.

Le jeu possède les mêmes caractéristiques que les activités transitionnelles, tout en devenant de plus en plus élaboré.

Le fonctionnement mental deviendra une source de plaisir en soi, qui remplacera progressivement la « bonne mère » - ne rendant plus sa présence nécessaire- ainsi que l'objet transitionnel. Leur présence ne sera plus obligatoire car l'enfant aura acquis une sécurité interne suffisante.

Dans cette construction, on remarque de grandes différences entre les enfants. Ainsworth (1978), a conçu et exploré une situation expérimentale qu'elle nomme « strange situation » (situation étrange, insolite). Cette expérience confronte l'enfant à différentes formes de séparation d'avec la mère.

Elle évalue les modalités d'attachement d'un nourrisson de 1 an à sa figure d'attachement privilégiée, sa mère notamment, à travers une situation d'observation standardisée d'une vingtaine de minutes.

Au cours de cette situation d'observation standardisée pendant laquelle l'enfant est amené à être séparé pendant quelques minutes de sa mère, on observe ses réactions, ses interactions lors de la séparation, de l'absence puis des retrouvailles avec sa mère.

Cela a permis à Ainsworth[19], (1978), de décrire trois grands types d'attachement :

---

[19] AINSWORTH M., (1978), Patterns of attachment: A psychological study of strange situation

- *l'attachement sûr ou sécurisant* d'un enfant à l'égard de sa mère, qui est amené, comme le montre l'étude des interactions pendant les retrouvailles, à rechercher la proximité de sa mère pour retrouver sécurité et confiance ;
- *l'attachement insécurisant ou anxieux* avec deux sous-groupes, l'attachement anxieux « ambivalent » d'un nourrisson qui lors des retrouvailles va alterner des comportements de retrait et de rapprochement avec sa figure d'attachement, et l'attachement anxieux « évitant » marqué par des comportements d'évitement du nourrisson lorsqu'il retrouve sa mère. Nous parlerons d'attachement dysconfiant.

L'hypothèse qui semble confirmée par de nombreuses études ultérieures est que le type de ces interactions observées dans cette situation d'observation standardisée rend compte des modalités d'attachement du jeune enfant à la figure maternelle et a un certain degré de valeur prédictive sur l'évolution psychologique de l'enfant.

Mary Main (1982), a plus récemment souligné la relative stabilité de ces modalités d'attachement au cours de l'enfance et de l'évolution psychologique ultérieure et a mis l'accent sur leur transmission possible à leurs enfants lorsque ces enfants deviennent parents.

On voit l'intérêt de ce type de recherche qui met l'accent sur l'importance de ce qui se passe entre une mère et son bébé lors des retrouvailles après une séparation, pour les cliniciens mais aussi pour les professionnels de la petite enfance (en crèche, en centre de PMI par exemple) dans leur projet d'évaluation des relations entre le bébé et ses parents et de leurs modalités d'attachement réciproque.

Les études du visage impassible (Still face) utilisent un paradigme expérimental introduit par Tronick et par Cohn de l'équipe de Boston.

Il s'agit chez un bébé de quelques semaines (8 à 12 semaines par exemple) d'observer après un moment d'interaction normale avec sa mère, les réactions de ce bébé pendant trois minutes d'interaction avec sa mère à qui on a demandé d'avoir un visage impassible et une attitude silencieuse et de non-réponse aux sollicitations du bébé. On voit ainsi le bébé protester, devenir perplexe, se détourner et même éventuellement avoir un mouvement de

retrait par rapport à la situation. Cette situation d'observation expérimentale du Still-face et des comportements séquentiels du bébé en réaction à cette situation démontre dans l'esprit des auteurs à la fois la vulnérabilité et la force de l'attente des bébés par rapport à la mère, ou de manière plus générale par rapport au partenaire avec qui ils ont l'habitude d'interagir. Ces données représentent dans l'esprit des auteurs un éventuel modèle explicatif de la genèse de troubles du bébé dans certaines situations cliniques, en cas de dépression maternelle où il apparaît bien qu'une mère déprimée est amenée à répéter de manière spontanée et non plus expérimentale un tel comportement « impassible » dans le cours de ses interactions et relations quotidiennes. On peut ajouter que ce type d'observation expérimentale met en évidence aussi la vulnérabilité des mères qui expriment bien leur désarroi face à l'attitude qu'on leur demande d'avoir pendant ces trois minutes.

En combinant cette séparation à l'arrivée ou non d'une personne étrangère, notamment, Ainsworth (ibid), distingue différents groupes de bébés selon le type d'attachement qu'ils présentent (attachement sécure (confiant), ou présentant des formes variées d'anxiété que nous appellerons attachement insécure : (dysconfiant). Ce n'est que lorsqu'il dispose d'une figure d'attachement adéquate lui procurant une « base de sécurité » sur laquelle s'appuyer, que le jeune enfant peut alors être disponible pour explorer le monde environnant.

Les réactions à la séparation d'avec la mère sont fonction de la qualité d'attachement établie antérieurement. C'est pourquoi, pour essayer de montrer qu'un attachement est dysconfiant, nous questionnerons les mères sur e maternage et les difficultés de séparation.

Cette capacité de solitude permettra au jeune enfant l'expérience de la socialisation. La manière dont l'enfant de 3 ans va s'adapter à l'école maternelle sera la manifestation de cette construction.

S'adapter suppose d'être devenu capable non seulement d'être longtemps séparé physiquement des parents, mais, surtout, d'investir d'autres personnes (enseignant, camarades), de se plier à une certaine discipline et de prendre plaisir aux activités partagées avec les autres.

Ceci suppose que l'enfant puisse être séparé psychiquement de ses parents, c'est-à-dire qu'il ait une confiance de base en lui-même suffisante pour savoir qu'il peut faire cesser cette solitude lorsqu'elle devient lourde à supporter, par l'émission de messages compris de

l’entourage. Certains enfants, selon le mode de garde antérieur, notamment, éprouvent, lorsqu’ils arrivent à l’école, non pas un vécu de séparation mais de perte. Il convient alors pour l’équipe enseignante d’aider l’enfant à élaborer ce sentiment de séparation, afin que l’école puisse être perçue comme un lieu d’investissement possible agréable, parce qu’intermédiaire. Sans cela, le jeune enfant ne pourra pas prendre de plaisir dans les activités proposées.

I-3-4 -Le sentiment d'abandon

Gueniche[20] , (2002), évoque les dysfonctionnements des relations précoces parents / nourrisson. Mélanie Klein a montré comment le fœtus d'abord puis le nourrisson et le jeune enfant, était un être en interaction permanente avec son environnement, doué de compétences précoces spécifiques, notamment perceptivo-motrices et possédait une vie psychique propre. Les échanges socio-affectifs conditionnent la genèse et le développement des compétences de l'enfant. Bien avant sa naissance, l'enfant a une histoire fruit des fantasmes élaborés par chacun de ses parents pour lui ; « bébé fantasmatique » construit dans la tête de ses parents bien avant sa conception, sa gestation et sa naissance. Les interactions fantasmatiques de la mère et du père à l'égard de leur progéniture à naître sont riches. Lebovici, (1983)

Pour la mère, la grossesse et les premiers mois de la vie de l'enfant apparaissent comme un moment de classique réactivation de sa vie fantasmatique secondaire à la reviviscence de ses conflits infantiles, puis à l'émergence d'une préoccupation maternelle primaire, maladie normale selon Winnicott (1956) qui dure quelques semaines après la naissance et « se guérit » progressivement. Stern (1989) parle d'accordage affectif (mère/enfant).

Pour Gueniche, (ibid), p 37 : L'allaitement constitue l'une des modalités essentielles de l'interaction mère / bébé dans la mesure où il met en jeu un ensemble de vecteurs de communication très riches et complexes : la posture, le regard, le toucher, la parole et les expériences gustatives et olfactives d'allaitement étant qualitativement conditionné par les capacités de la mère à s'adapter efficacement à son bébé et d'une certaine façon réciproquement. Wallon et Ajuriaguerra parlent de dialogue tonique.

Une dépression secondaire à la naissance ou une dépression vraie (pré ou post-partum) en rapport (la présence de l'enfant provoque la problématique dépressive) ou non (deuils, fausses couches, ruptures, séparation, etc…) avec le bébé dans les premiers mois de la vie de l'enfant est considérée comme un facteur de risque majeur des perturbations interactive et ce faisant du développement psychologique de l'enfant. (Mazet & Stoléru, 1988).

---

[20] Karinne Gueniche dans « Psychopathologie de l'enfant », Nathan, 2002 p 34

Spitz, (1948), p 72, parle de dépression anaclitique pour qualifier l'état d'hébétement survenant chez le petit enfant, préalablement en de bonne relation avec sa mère, dans des conditions de déprivation maternelle. Cet état de carences affectives peut avoir des conséquences fâcheuses pour le développement de sa personnalité.

P 73, Spitz insiste sur le fait que la perte de l'objet externe maternel alors que l'enfant est en train de constituer un objet interne, serait à l'origine d'un traumatisme du moi de l'enfant en cours de constitution. Ferrari & Epelbaum, (1993).

Ce traumatisme déboucherait sur une désintrication pulsionnelle avec retournement de l'agressivité contre soi à l'origine de l'état de marasme observé chez l'enfant. Lorsque les états carentiels se répètent essentiellement du fait de l'indisponibilité affective de la mère, on assiste chez l'enfant plus grand à un tableau de névrose d'abandon. (Guex, 1950).

Winnicott[21], (1994), attribue l'origine de comportements délinquants à une déprivation, c'est-à-dire à une perturbation survenue très tôt dans l'environnement de l'enfant. Il étudia cette question pendant la guerre alors qu'il s'occupait comme pédiatre d'enfants évacués loin de leur famille.

P 58 : Les enfants évacués à cause des bombardements, vivaient en famille d'accueil. Ils refusaient de manger, se laissaient aller à la morosité et se persuadaient qu'il eût été préférable de partager le danger avec leurs parents plutôt que de bénéficier d'un séjour à la campagne. La capacité d'un enfant à garder vivante en lui la représentation d'une personne aimée est limitée lorsqu'il n'a pas la capacité de la voir et de lui parler.

Au bout de quelques temps, l'enfant ne sait plus si sa mère existe réellement. Il se peut qu'il soit aussi en permanence hanté par l'idée que son père ou ses frères et sœurs sont en danger.

Dans ses rêves, toutes sortes de combats terrifiants traduisent des conflits internes et, plus grave encore, la force de ses sentiments finit par s'atténuer.

---

[21] Winnicott D.W., 1994, dans Déprivation et délinquance, Payot

Parce qu'ils voient leurs sentiments menacés de disparaître, les enfants séparés depuis trop longtemps de tout ce qu'ils aiment deviennent querelleurs. P75 : L'évacuation connut un certain nombre d'échecs qui engendrèrent des comportements antisociaux.

Les enfants présentaient divers symptômes, l'énurésie et l'encoprésie, ils commettaient des vols en bande, mettaient le feu à des meules de foin, faisaient dérailler les trains, pratiquaient l'école buissonnière, fuguaient et fréquentaient des soldats. Les expressions les plus manifeste de leur angoisse étaient : les bouderies, les comportements étranges et fous et enfin, les troubles de la personnalité, associés à un manque d'intérêt pour les vêtements et la propreté. Ces signes traduisaient la détresse de ces enfants qui n'avaient pu s'adapter à leur nouvel environnement. P100 : La capacité de sollicitude signifie que l'enfant se sent responsable de sa propre destructivité. Winnicott accorde beaucoup d'importance au rôle de l'environnement humain (en particulier la mère) lorsque celui-ci reconnaît et favorise la tendance innée de l'enfant à la sollicitude. La déprivation ou la perte ont des conséquences désastreuses au moment où s'élabore la capacité de sollicitude (entre dix mois et deux ans) ; le processus de socialisation, qui a commencé à se mettre en place à partir des tendances innées de l'enfant risque alors de disparaître ou d'être endigué.

Khan, [22](1974), parle du « concept de traumatisme cumulatif à propos des failles persistantes de la mère dans son rôle de barrière protectrice dont Freud parle dans « Au-delà du principe de plaisir » en 1920. Le petit être humain utilise pendant une longue période la mère comme barrière protectrice. Hartman (1939), lui a parlé de « l'environnement moyen sur lequel on peut compter » et Winnicott (1941) d'un « environnement de soutien suffisamment bon ». Ramzy et Wallerstein (1958) ont utilisé les termes de « renforcement de l'environnement » qui soutiendra le moi naissant de l'enfant.

Le traumatisme cumulatif est provoqué par les tensions et les stresses que l'enfant expérimente dans le contexte de sa grande dépendance à l'égard de la mère vis-à-vis du nourrisson tout autant que l'aménagement de l'environnement non humain dont dépend le bien-être de l'enfant.

---

[22] KHAN Masud, 1974, dans « Le soi caché », NRF, Gallimard, Paris, p 89, 90

Quand la relation réciproque mère-enfant est bonne, l'enfant parvient à une personnalisation stable (Winnicott, 1945), acquiert la capacité de confiance [*trust*] (Erickson, 1950), d'assurance [*confidence*] (Benedek, 1952) et atteint un sentiment de bien-être [*comfort*] (KRIS, 1962). »

Le concept de traumatisme cumulatif met en évidence un type spécifique d'interaction pathogène mère-nourrisson.

Il prend son origine dans cette période du développement où l'enfant a besoin de sa mère (ou de ses substituts) qu'il utilise comme barrière protectrice. Pour se développer sainement, l'enfant a besoin qu'un minimum de stabilité et de fiabilité marque cette fonction de la mère. Les défaillances temporaires inévitables de la mère dans ce rôle ne sont pas seulement corrigées au cours de l'évolution complexe du processus de maturation, mais elles fournissent également une nourriture et un stimulus qui favorisent la croissance de nouvelles fonctions de la maîtrise de l'environnement (cf. Murphy et coll., 1962).

Ce n'est que lorsque les défaillances de la mère sont très fréquentes, qu'elles s'érigent en modèles et provoquent des empiétements sur l'intégration du psyché-soma du petit enfant (empiétement que celui-ci n'a pas les moyens d'éliminer) que s'instaurera chez celui-ci un noyau de réactions pathogènes.

Le traumatisme cumulatif s'instaure silencieusement, imperceptiblement, tout au long de l'enfance, jusqu'à l'adolescence et laisse son empreinte sur toutes les phases cruciales du développement psycho-sexuel. Ce qui s'observe ultérieurement cliniquement dans la pathologie du moi et la formation de caractère de type schizoïde.

P 92 : Le traumatisme cumulatif a des effets sur les fonctions du moi naissant et l'intégration du moi :

1- Les brèches de la barrière protectrice maternelle conduisent à un développement prématuré et sélectif du moi. Certaines des fonctions autonomes naissantes voient leur croissance accélérée et sont exploitées sur un mode défensif pour faire face aux empiétements suscitant le déplaisir auxquels, à cette date, l'enfant ne peut répondre de manière adéquate.

   Ce développement peut favoriser l'organisation d'une réponse particulière de l'enfant à l'humeur de la mère et crée un déséquilibre dans l'intégration des pulsions agressives.

De façon complémentaire, la perturbation du développement sensoriel et moteur compromet à son tour l'évolution normale des phases libidinales.

2- L'implication des fonctions précoces dans la réponse collusive de la mère milite contre la différentiation qui s'opère, lors de la phase adéquate, pour conduire à l'unité de soi et à la personnalisation. Au lieu d'une intégration séparée et cohérente de la structure du moi, de multiples dissociations intra-psychiques s'effectuent.

Ces dissociations permettent à l'enfant de maintenir un lien de dépendance archaïque avec la mère et l'environnement d'une part et le conduisent, d'autre part à précipiter son indépendance. Une caractéristique de ce développement dissocié du moi est la suivante : cet état de dépendance qui aurait dû être silencieux, non enregistré se transforme en une exploitation militante coercitive de la dépendance instinctuelle du moi. En même temps, intervient un investissement narcissique précoce de la mère dans lequel il serait tentant de voir un objet d'amour mais qui correspond, en fait, à un type pathologique d'intérêt du moi précoce pour l'objet. Cet intérêt du moi, avec les affects d'idéalisation et d'hyper-sollicitude qui s'y rattachent, est un substitut du véritable investissement d'objet. On peut en voir une manifestation douloureuse dans les implications véhémentes, passionnées mais labiles que connaissent au sortir de l'adolescence, avec leurs objets d'amour, les êtres de cette catégorie.

3- Enfin, p 93, l'auteur dégage un type spécial de surinvestissement de la réalité interne (fantasme) et de la réalité externe chez ces patients ainsi que la perturbation de leur moi-corps. Dans le tableau clinique qu'offrent de tels cas chez l'adulte, il est frappant de constater une singulière avidité et un intérêt très vif pour l'environnement extérieur et les contenus fantasmatiques intérieurs.

4- Ils sont souvent obsédés par ces contenus fantasmatiques et ce n'est que lentement qu'on parvient à percevoir que cette activité psychique masque une défaillance essentielle des capacités du moi. Ils ne peuvent jamais *être.* Ils sont pratiquement incapables de se laisser vivre, de s'accorder des loisirs. Il leur faut toujours être absorbés, torturés, stimulés, sinon ils sombrent dans l'apathie, dans une sorte de non-existence, de non-être.

De même leur relation à leur propre corps et à celui de leurs objets d'amour est marquée d'exaltation, d'intensité, elle est intrusive, hyper-intime. Ils brûlent du désir de faire des expériences orgiastiques et mettent tout en œuvre pour y parvenir mais n'en retirent qu'une bien piètre satisfaction.

5- La pathologie sexuelle excessive de type masturbatoire, chez l'enfant, est un moyen de faire face à une implication traumatisante avec un des parents, implication trop lourde pour le fonctionnement de leur moi, qui fait peser sur eux la menace d'un effondrement.

Amplement décrite au milieu du XXème siècle et habituellement désignée sous le terme d'hospitalisme, la carence institutionnelle indique des déficits sévères du développement physique et psychologique observables chez les nourrissons placés dans des institutions. En dépit de l'hygiène et d'apports nutritionnels satisfaisants, l'enfant souffre de l'impossibilité de créer des liens positifs avec un adulte sensible à ses besoins et qui lui apporte amour et tendresse.

A la phase de prostration initiale, contemporaine de la séparation avec les proches, succèdent rapidement une phase de désespoir caractérisée par le refus de s'alimenter, puis par une phase de détachement marquée par une tendance à l'isolement. L'hospitalisme est devenu une éventualité rare. Toutefois, dans certaines parties du monde, existent encore des institutions qui ne réunissent pas les conditions psychologiques minimales pour un développement correct des enfants.

Il apparaît donc que certaines conduites pathologiques des mères peuvent entraîner un attachement dysconfiant et un sentiment d'abandon chez des enfants vivants avec leur mère.

I-4-L'hyper-activité : (T.D.A.H.) : « troubles du déficit de l'attention / hyperactivité »

L'instabilité psychomotrice de l'enfant est décrite depuis le début du siècle en particulier par les auteurs anglo-saxons. Différentes terminologies se sont succédées en fonction des descriptions et des hypothèses étiologiques (hyperkinésie, instabilité psychomotrice, désordre cérébral mineur…) la définition actuelle, (T.D.A/H.) : « troubles du déficit de l'attention / hyperactivité » regroupe l'ensemble de la symptomatologie.

Si le tableau clinique est maintenant bien défini, le problème de sa pathogénie reste entier et continue de diviser les auteurs, rendant compte des différences considérables dans sa prise en charge. Il semble que ce problème de comportement serait dû à un problème de dopamine et à un manque de sérotonine au niveau biochimique du cerveau. Le problème serait d'ordre neurologique et le fonctionnement entre deux secteurs du cerveau perturbé. Certains avancent que 40% des enfants ayant des troubles des apprentissages ou du comportement en milieu scolaire sont touchés alors que leur Q.I. est normal.

Dans un article sur « L'enfant hyperkinétique » Revol et al.,[23] font l'historique de la maladie et développent les différents traitements.

La première conception française pense qu'il s'agit d'une perturbation de l'affectivité (la plupart des pédopsychiatres français considèrent l'instabilité psychomotrice comme le symptôme d'un dysfonctionnement affectif et/ou relationnel). L'autre conception anglo-saxonne pense qu'il s'agit d'un problème exclusivement organique.

---

[23]REVOL O., Gérard D., Fourneret P., Desombres H. et De Villard R. de l'hôpital neurologique de Lyon, article publié sur le Net : http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/revol/hyperkine.html

Le terme d'hyperkinésie fut introduit par EIsenberg (1957) tandis que Clements (1966) développait la notion de « Minimal Brain Dysfonction » pour expliquer les troubles psychomoteurs, d'apprentissage et de comportement présentés par certains enfants d'intelligence normale.

L'hypothèse d'une atteinte discrète touchant seulement certaines fonctions telle que la mémoire, le langage, l'attention et la motricité fine, devrait permettre d'expliquer tout à la fois l'origine du syndrome et son amélioration spontanée avec la poursuite de la maturation neurologique.

Les études rapportent que 3 à 5%° de la population pré-pubère serait concernée par ce syndrome :(Bir, 1988 –offord, 1989-Barkley ,1990)

La prédominance masculine est nette (4 à 9 garçons pour une fille). Certains évoquent le manque de figure paternelle. Cyrulnik lui dit que les mères sollicitent beaucoup moins les garçons que les filles, un attachement différent s'instaurerait-il ?

Le diagnostic sera facile sous sa forme typique : il s'agit d'un enfant d'âge scolaire qui présente des symptômes excessifs par rapport à son âge, son quotient intellectuel et les situations dans lesquelles il se trouve.

D'après Lecendreux[24], (2003), des généticiens ont évalué la fréquence d'apparition du trouble dans les familles. Ces études dites d' « agrégation familiale» montrent que le T.D .A.H. survient de façon plus élevée lorsque l'un des membres d'une famille est déjà affecté. Par exemple, le risque pour un frère ou une sœur d'enfant hyperactif d'être lui-même hyperactif est de 30 à 40 % plus élevé que dans la population générale. Ce chiffre s'élève à 90 % chez les « vrais» jumeaux (homozygotes), ce qui montre de façon très claire l'existence d'une participation génétique à ce trouble. Deux « marqueurs» génétiques ont été mis en évidence pour le T.D .A.H.. Ce sont les gènes DRD4 et DAT qui ont été identifiés. Ils sont impliqués dans la production et le transport de la dopamine et c'est pour cela qu'ils ont été trouvés. En effet, les chercheurs ont choisi de tester les associations avec des gènes qui régulent le neuromédiateur le plus fortement incriminé dans la genèse du T.D.A.H., à savoir la dopamine.

[24] LECENDREUX Michel, (2003), L'hyperactivité, Solar, Paris, p 44

Rochefeuille [25] (2005) dirigée par Latchoumanin, p 10, 11, 12, fait la description suivante :

Un enfant hyperactif :

-A toujours l'air d'avoir son moteur qui tourne à plein régime

-A souvent des problèmes d'apprentissage à l'école

-Parle de manière excessive

-Bouge souvent

Est perfectionniste

-A un développement inégal

-Fait preuve d'une autocritique excessive

-A des tendances dépressives

-évite de prendre des risques-A peur de l'échec

-Est impatient avec les autres

-N'aime pas la routine

-Pose trop de questions

-Est excessif dans ses intérêts

-A un caractère fort

-Résiste à la guidance

-Remets en question les procédures d'apprentissage

-N'aime pas les zones non claires ou illogiques

-Construits des règles compliquées

-Voudrait être le chef

-Utilise le langage pour manipuler les autres

-Est intolérant

-Néglige ses devoirs

[25] ROCHEFEUILLE V. dirigée par le professeur Michel Latchoumanin, mémoire de maîtrise de sciences de l'éducation : « Le rôle de l'enseignant dans l'intégration de l'enfant hyperactif à l'école primaire », Université de La Réunion, septembre 2005 p 10, 11, 12,

-Peut être perçu comme dérangeant, à côté de la plaque

-Est têtu, borné

-Est frustré par l'inactivité

-Peut sembler désorganisé et dispersé

-Est frustré par un manque de temps

-Possède parfois un drôle de sens de l'humour que les autres ne comprennent pas

-Est indépendant

-Préfère le travail individuel

-Recherche à organiser les choses et les gens

-A un vocabulaire étendu

-Possède des connaissances variées

-A de grandes aspirations pour lui et les autres

-Est terriblement exigeant envers lui-même et les autres

-Est créatif

-Est inventif

-Fait preuve d'une hypersensibilité

-A beaucoup d'énergie et de vivacité

Par ailleurs, l'ensemble de la symptomatologie constaté par le médecin et décrit par l'entourage doit être retrouvé dans toutes les situations que peut rencontrer le jeune patient (domicile, école, situation sociale…)

Ce sont les difficultés d'apprentissages au CP et des troubles du comportement à l'école et à la maison qui motivent la grande majorité des consultations.

L'étude sémiologique recherche l'association de trois syndromes : l'hyperactivité motrice, le trouble de l'attention et l'impulsivité.

L'hyperactivité motrice fait état d'enfant en perpétuel mouvement, incapables de tenir en place, avec une activité désorganisée, non constructive et mal coordonnée. Il s'agit d'enfants qui courent et grimpent partout, s'agitent en permanence, souvent de façon joyeuse, sont incapables de rester assis face à une table de travail ou lors des repas, ne peuvent jouer seuls et prennent fréquemment des risques.

On retrouve d'ailleurs tous ces éléments de façon symptomatique sur les carnets de notes (nombreuses annotations quand à la discipline et l'agitation) et sur le carnet de santé (fréquentations des services d'urgence pour des blessures minimes mais répétitives).

Le syndrome « troubles de l'attention » représente certainement l'élément central puisqu'il est considéré par les auteurs anglo-saxons comme la base de la pathologie du dysfonctionnement. On retrouve des symptômes tout à fait typiques telle qu'une difficulté, voire une incapacité, à se concentrer, une distractibilité quasi-constante qui indispose les enseignants, l'enfant paraissant ne pas écouter, et une extrême difficulté à terminer ce qu'il entreprend, qu'il s'agisse d'un travail scolaire ou de jeux.

Enfin, ce déficit attentionnel conduira fréquemment l'enfant à perdre ses objets de travail, avec des conséquences péjoratives sur son rendement intellectuel.

L'impulsivité est la troisième composante du syndrome ; définie comme le besoin impérieux d'accomplir un acte.

Elle sera souvent responsable du rejet de l'enfant par son entourage. Elle le gêne à la fois dans son fonctionnement moteur (impatience, brusquerie) et son développement cognitif (incapacité à réfléchir aux conséquences de ses actes).

Sur le plan pratique, elle transparaît chez les enfants incapables d'attendre leur tour, se précipitant pour répondre aux questions, interrompant le plus souvent les autres, abandonnant une activité avant de l'avoir terminée, incapables d'organiser leur travail, sans stratégie ni planification, et ayant surtout de grandes difficultés à se conformer aux ordres.

Sur le plan émotionnel, l'impulsivité sera illustrée par une fragilité de l'humeur (passage du rire aux larmes) et l'intolérance aux frustrations, responsable de réactions d'agressivité, tandis que l'enfant paraîtra insensible tant aux récompenses qu'aux punitions.

Du fait de ce tableau clinique péjoratif, les enfants hyperactifs sont souvent exclus par leur famille, par leurs pairs, et mal tolérés par les enseignants ; le retentissement scolaire est rapidement important, tandis que l'enfant va développer insidieusement une mauvaise estime de lui-même responsable dans les cas les plus graves d'un tableau dépressif sévère.

Le diagnostic est plus difficile dans les formes atypiques, en particulier chez l'enfant d'âge préscolaire.

Là, l'hyperactivité est souvent physiologique et le diagnostic sera porté avant tout devant l'exagération de particularités développementales (hyperactivité, inattention), la

tendance répétée aux accidents, et l'association possible de retards du développement (langage, motricité…) Seule l'évolution permettra d'affirmer la présence d'un authentique trouble déficitaire de l'attention ou d'un simple tempérament excessif.

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (T.D.A.H.) est souvent associé à d'autres pathologies mentales de l'enfant ; les syndromes les plus fréquemment rencontrés sont :

-Les troubles spécifiques du développement (50 à 80 % des enfants hyperactifs versus 2% de la population générale, Mc GEE, 1988) ;

-Troubles oppositionnels avec provocation et/ou troubles des conduites. Leur prévalence varie de 20% (Barkley, 1990) à 60% (Bierderman, 1990).

-Troubles anxieux et dépressifs : les enfants de 11 ans seraient particulièrement touchés par la coexistence de troubles anxieux et de déficit attentionnel ; la prévalence de l'anxiété chez les enfants hyperactifs est en effet estimée à 27%(versus 3,5% de la population générale). La dépression quand à elle, est estimée à 10% (versus 1,8% dans la population contrôle) Anderson, 1987).

Il faut faire attention et tenter d'éliminer la turbulence normale en particulier en fonction de l'âge de développement, l'instabilité secondaire à des conditions environnementales défectueuses, l'instabilité ou les déficits de l'attention secondaire à certains traitements (Dépakine, Corticoïdes…).

L'instabilité peut aussi être la conséquence d'un retard mental, d'un autisme et/ou de troubles envahissants du développement, ou enfin de troubles sévères des apprentissages.

On évoquera également le cas particulier des enfants à haut potentiel qui ont de grandes difficultés à maintenir leur attention durant la classe mais qui, à la différence des T.D.A.H., ont terminé les exercices avant de passer aux suivants !

L'évolution de ce trouble a été précisé par de nombreuses études : on retrouve 20 à 30% de rémission totale de la symptomatologie à l'adolescence (Weis, 1971 – Barkley, 1990), tandis que 40% des enfants présentent une persistance à la symptomatologie déficitaire avec un retentissement cognitif, comportemental et relationnel.

Enfin, le pronostic serait assombri par 30% d'enfants qui développent des troubles des conduites antisociales à l'adolescence. A l'âge adulte on trouve une diminution importante de

l'hyper agitation motrice (8% seulement resteraient hyper kinétiques), tandis que 20% des jeunes patients conserveraient des difficultés d'apprentissages ou des troubles émotionnels (Manuzza, 1993).

Un certain nombre de facteurs, seraient prédictifs d'une évolution péjorative, en particulier vers des troubles des conduites sociales ; il s'agit d'une part de la coexistence d'autres affections mentales (troubles des conduites), d'autre part du milieu socio-économique et du quotient intellectuel ; les enfants à Q.I. élevé, émanant de milieux favorisés auraient un bien meilleur pronostic. Enfin, l'âge de début semble un bon indicateur, la précocité de l'apparition du tableau étant un facteur de mauvais pronostic.

Les observations directes en milieu scolaire ou à l'hôpital sont instructives mais les outils les plus appropriés actuellement semblent être les échelles et les questionnaires, proposés au père, à la mère et aux enseignants.

On utilise le plus souvent l'échelle de Conners (1973) qui comprend un questionnaire destiné aux parents avec 43 items, un autre destiné aux enseignants avec 28 items, tandis qu'une version abrégée à 10 items a été développée. Tous les items de ces questionnaires sont standardisés et permettent d'obtenir un score significatif de la pathologie de l'enfant, en fonction de l'âge et du sexe.

L'échelle de Conners est spécifique d'un enfant qui souffre de troubles d'attention ; elle permettra de suivre l'évolution du trouble, en particulier lorsqu'un traitement est mis en place. On peut également utiliser les questionnaires d'Achenbach (Child Behavior Checklist ou C.B.C.L.) qui donnent une appréciation globale du comportement de l'enfant. Toute décision thérapeutique ne devrait se faire qu'avec l'utilisation de tels instruments.

Les facteurs étiopathogéniques

L'étiologie du trouble déficitaire de l'attention n'a pas été encore totalement expliquée. De nombreuses hypothèses ont été envisagées :

-Existence d'une atteinte neurologique périnatale,

-Existence d'une vulnérabilité génétique,

-Anomalies neurobiologiques.

Cette dernière hypothèse est confirmée par les techniques d'imagerie dynamique, en particulier le Spect, qui montre une diminution du débit sanguin cérébral au niveau des aires

préfrontales et du striatum, et le Pet-Scan qui rapporte également une diminution du métabolisme du glucose au niveau des aires frontales.

-Facteurs psycho-sociaux

L'existence d'un faible niveau socio-économique et de perturbations familiales a également été incriminée dans la genèse du trouble déficitaire de l'attention.
En fait, il paraît raisonnable d'imaginer que ce symptôme n'est que la voie finale commune d'une vulnérabilité biologique et de différentes variables plus ou moins intriquées. Cette multiplicité étiologique rend compte de la nécessité d'une approche thérapeutique plurimodale.

Le traitement associera une aide psychologique, éducative, rééducative, et médicamenteuse au besoin mais avec réserve quand aux effets secondaires.

Les psychothérapies comportementales ont pu permettre d'augmenter le contrôle par l'enfant de ses réactions, tandis que les psychothérapies d'inspiration analytique proposent un travail sur les perturbations émotionnelles ; les psychothérapies familiales, analytiques ou systémiques cherchent à repositionner l'enfant dans le contexte général et dans ses interactions avec son environnement immédiat.

Une aide éducative est fondamentale ; elle passe par un travail de guidance familiale, encourageant les parents et les éducateurs à maintenir un cadre strict tout en comprenant les excès et les débordements de l'enfant.

Des moments de « Time-out » ont été préconisés par les auteurs anglo-saxons, afin d'amener l'enfant à s'auto-apaiser dans les moments difficiles, en l'accompagnant dans un lieu calme, en dehors de tout excès de stimulations qui comme le relève la pratique, aggravent le déficit attentionnel.

Les différentes rééducations, orthophonique et en psychomotricité, permettent d'une part de corriger d'éventuels déficits mais surtout d'améliorer le contrôle de l'impulsivité. En situation duelle les hyperactifs arrivent à se contrôler.

Les traitements médicamenteux et notamment la Ritaline doivent être réservés aux enfants de plus de six ans, et aux cas avérés.

On note des problèmes sérieux d'accoutumance, de troubles du sommeil, etc… Ils doivent être prescrits par des spécialistes et le traitement réajusté par eux au moins une fois

par an. En augmentant la vigilance, les psychostimulants atténuent le déficit attentionnel. Le traitement doit être réservé aux jours d'école, en deux prises et être interrompu le week-end et pendant les vacances.

L'alimentation semble aussi avoir un rôle et surtout les apports excessifs en sucre. Le sucre absorbe les vitamines B de notre organisme lors du processus d'ingestion. Or, notre système nerveux a besoin des vitamines B pour rester fonctionnel. Le sucre étant un excitant, si on y rajoute des boissons à base de noix de cola également excitante on a déjà des causes d'instabilité. Les acides gras Oméga 3, donnent de bons résultats pour la concentration et la mémoire. Les vitamines B et E facilitent le fonctionnement cérébral. Le ginkgo biloba à doses modérées, favorise la vascularisation cérébrale et l'acide aminé L-tryptophane entre dans la fabrication de la sérotonine.

Une aide au gardiennage pour soulager les parents est proposée par des associations, ainsi qu'un soutien moral et d'information par le biais de groupes de parents (A.Q.E.T.A).

On conseille de faire avec l'enfant des activités qui stimulent sa capacité de concentration et favorisent l'interaction, tels que des casse-têtes, des jeux de société, du mikado. Il faut aussi pourvoir à son besoin de bouger et de dépenser son énergie. Des lieux d'apaisement sont aussi à prévoir. L'excès de liberté et de libre arbitre étant une des causes de l'hyperactivité, l'enfant a besoin de structures imposées par une autorité aimante pour s'épanouir. Un cadre stricte le rassure et lui prouve que l'on s'intéresse à lui et qu'on le protège.

Il faut aussi éviter trop de temps passé devant la télé et les jeux vidéo. Les parents qui travaillent doivent prendre du temps pour partager avec l'enfant leurs connaissances, leur culture et leur expérience.

L'enfant ayant du mal à retenir les consignes (problème de mémoire à court terme), ne pas hésiter à reformuler plusieurs fois, ne donner que des consignes simples et veiller à ce qu'il l'ait bien accomplie avant de lui demander autre chose.

Prévoir des activités courtes et plaisante en cas de décrochage. Ne pas annoncer trop tôt une activité plaisante car ils sont hyper excitables.

Actuellement, les deux tendances entre l'origine biologique et affective, continuent à s'opposer.

Toutefois, d'après notre étude sur le phénomène d'attachement et l'interaction mère/enfant, on comprend bien qu'un déficit organique sera à l'origine des comportements

spéciaux et désorganisés du bébé ce qui induira un attachement dysconfiant par des réponses comportementales de la mère.

De même que l'enfant autiste conditionne le comportement de la mère d'enfant autiste, il semble probable que l'enfant instable hyper kinétique par un mauvais ajustement des postures ou du premier sourire entraîne un comportement de mère d'enfant hyperkinétique. Ce comportement engendrerait un attachement dysconfiant. Ce comportement est connu lorsque l'enfant est plus grand de mères excédées et débordées. Certaines associations proposent des gardes pour les soulager et des lieux de calme pour que l'enfant puisse se calmer. Il pourrait être envisagé une prévention du dysfonctionnement de l'attachement par un soutien psychologique.

Certains pédopsychiatres pensent que l'hyperactivité est plus répandue chez les garçons parce qu'ils n'auraient plus d'images masculines auxquelles s'identifier où vers lesquelles se projeter pour leur futur d'adulte.

I-4-1- L'attention

Dans le TDA/H le terme d'attention déficitaire est devenu le symptôme principal. Le DSM-4, signale que les symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité doivent persister pendant au moins six mois à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant, avec des manifestations à l'école mais aussi à la maison et doivent avoir débutés avant l'âge de sept ans. Dans une perspective psycho dynamique, il faudra évaluer les fonctions cognitives attentionnelles et de régulation de l'enfant, ainsi que son histoire développementale dans ses aspects familiaux, relationnels et environnementaux. D'après Bourgueil, (2007), p 64[26] : « La majorité des travaux contemporains semblent converger pour rattacher le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité à des anomalies à la fois du contrôle exécutif et des processus attentionnels. Il semblerait exister un défaut de maturation des circuits neuronaux qui sous- tendent ces fonctions confirmant l'hypothèse d'un trouble développemental précoce dont l'étiologie reste incertaine. » On rencontre aussi des enfants présentant les mêmes symptômes mais chez lesquels il n'y a aucun déficit attentionnel, ni des fonctions exécutives. C'est le cas d'enfants anxieux chez qui l'agitation motrice et le manque de concentration s'inscrivent dans cette problématique ayant des compétences intactes mais entravées par le trouble psychologique. Nous allons nous attacher à décrire l'attention et quelques pistes pour essayer de l'améliorer.

On fait quotidiennement appel à l'attention : « Faites attention ! » ou « Votre attention s'il vous plaît ! ». Le Littré définit l'attention comme « L'action de fixer l'esprit sur… », alors que le Larousse en fait la « concentration volontaire de l'esprit sur un objet déterminé ». Dans le Nouveau vocabulaire philosophique de Cuvellier, l'attention est présentée comme une « concentration de l'activité mentale sur un objet déterminé » objet qui peut-être « périphérique » (sensoriel ou moteur) ou « central » (soi-même, dans l'introspection ; ou ses idées, dans la réflexion).

---

[26] BOURGUEIL Thierry : L'accompagnement pédagogique des enfants TDA/H, p64 : La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. Editions de l'INS HEA n°40- 4eme trimestre 2007

L'attention peut-être spontanée -quand elle dérive de nos goûts, ou de nos tendances personnelles- ou volontaire –quand elle consiste par un effort mental, à prendre intérêt à ce qui ne représente pas un centre d'intérêt naturel pour nous.

Piéron dans son vocabulaire de la psychologie décrit l'attention comme une « orientation mentale élective comportant un accroissement d'efficience dans un certain mode d'activité, avec inhibition des activités concurrentes ».

A la perception, s'ajoute un processus d'enrichissement par des impressions sensorielles résultant des motivations du sujet : « l'aperception ». Le milieu est donc le fruit d'une reconstruction cognitive des données sensorielles, une élaboration par hypothèses ou inférences. L'expérience du passé, les données mises en mémoire enrichissent les perceptions. L'attention peut être alors envisagée comme le champ de ces attentes qui émerge de la conjugaison des données présentes et de l'expérience du passé.

Hamon[27], (1998), p 31, signale que William James en 1890, proposait déjà une définition de l'attention : « L'attention, c'est prendre possession par le sujet, sous forme claire et vive, de l'un parmi plusieurs objets ou flux de pensées, qui semblent simultanément possibles ; focalisation, concentration de la conscience en constituent le fondement. Cela implique un repli de certaines choses pour pouvoir faire face efficacement à d'autres. »

On peut aussi volontairement détourner son attention. C'est la vérification des thèses de Pascal et de Descartes : je peux, si je décide d'en détourner mon attention, éviter de voir des évidences. Certains mécanismes de défense utilisent ce détournement de l'attention pour se protéger.

Pour les constructivistes, l'objet perçu, le percept est le résultat de deux processus : la perception et l' « aperception ». Cette dernière étant un processus d'enrichissement par des impressions sensorielles résultant des motivations, des émotions et des préférences du sujet. Cette perception est ensuite l'objet d'une reconstruction cognitive en fonction d'hypothèses, d'inférences inconscientes.

---

[27] HAMON Jean-François, « Attention, vigilance, émotion », L'Harmattan, 1998,
Université de La Réunion, p 31

Il s'agit d'une élaboration à partir d'expériences du passé, de données en mémoire. L'attention est alors le champ des attentes à partir des données présentes et de l'expérience du passé.

En psychologie cognitive, on étudie les niveaux d'attention et on parle de seuils par exemple dans les tâches de détection d'un signal. Ces études ont été développées à propos de métiers comme celui de « contrôleur aérien » dont l'attention met en jeu la vie de nombreux passagers et dans l'industrie pour la détection de pièces défectueuses qui défilent à la chaîne. La théorie de la détection du signal a pour objet d'étudier non seulement le seuil de détection mais aussi la décision de l'individu au moment de sa réponse. Le seuil de détection ou seuil absolu est la plus petite valeur tout juste suffisante permettant une réponse. Le seuil de discrimination ou seuil différentiel est la plus petite différence entre deux valeurs d'une même stimulation tout juste suffisante permettant une réponse de discrimination par exemple si l'on soupèse une masse étalon de 2OOg le seuil différentiel pourra être de + ou – 10g. Il existe différentes méthodes de détermination des seuils : la méthode d'ajustement par séries croissantes puis décroissantes, la méthode des limites et la méthode constante (on choisit une première estimation du seuil et un ensemble de 4 à 7 niveaux puis on fait des essais). La fonction psychométrique relie les différentes valeurs du stimulus au pourcentage de détection ou de discrimination.

Des lois psychophysiques ont été établies : la loi de Bouguer-Weber dit que le seuil différentiel est proportionnel à l'intensité du stimulus, la loi de Fechner que l'intensité de la sensation varie proportionnellement au logarithme de l'intensité du stimulus (elle a donné naissance à la psychologie objective) et la loi de Stevens qui dit que l'échelle sensorielle comporterait des graduations de plus en plus espacées. Cette dernière a donné naissance à la psychologie subjective.

En psychanalyse, on parle d'attention flottante permettant les associations libres. Il s'agit de faire le vide, d'être à l'écoute. Il faut faire preuve de décentration, de neutralité bienveillante, d'empathie dans la relation d'aide dans la rencontre avec l'autre pour l'aider sur le chemin de la guérison.

La chaîne associative est constituée de liaisons entre des éléments psychiques. On parle d'associations concernant tel rêve pour désigner ce qui, dans les propos du sujet est en connexion associative avec ce rêve. Les processus du rêve correspondant selon Freud à une logique primaire, qui est celle de l'inconscient et qui se distingue de la logique secondaire de la pensée consciente. Le terme association désigne à la limite, l'ensemble du matériel verbalisé au cours de la séance psychanalytique. Il s'agit de laisser émerger des images permettant à l'analyste et au sujet de décrypter des idées inconscientes et de passer outre ses défenses. Il faut surmonter nombre d'évitements, de résistances et de refoulements. Les associations libres devant permettre de redécouvrir des souvenirs oubliés et de découvrir des aspects de soi-même et de son fonctionnement psychique habituellement occultés ou sous estimés.

Selon Hamon, (1998), p105, l'attention peut-être définie comme une « hauteur de veille » sur l'échelle intensive des comportements dont l'apparition implique l'activation de structures nerveuses dont la formation réticulée activatrice (FRA) du tronc cérébral. Dans le cas du TDA/H, une activation excessive provoquant une trop forte élévation de l'éveil cortical (état d'agitation) pourrait provoquer la suppression du comportement attentif. Ce sont : l'intensité, la nouveauté et la charge affective des stimuli qui provoquent à la fois le réveil (passage du sommeil à l'éveil sur le continuum de la vigilance) et l'éveil de l'attention.

Pour les comportementalistes et les cognitivistes, l'attention sera sollicitée dans l'étude et l'analyse des comportements et de leurs motivations. Chez un sujet phobique par exemple, le but sera de changer directement le comportement d'évitement. Il faudra être attentif aux processus psychophysiologiques qui sous tendent ces comportements. On utilisera des renforçateurs du conditionnement. L'attention du sujet sera sollicitée pour l'étude de son comportement : par exemple dans la lutte contre l'obésité on demandera au sujet de noter tout ce qu'il mange et d'annoter à côté les heures, le sentiment de faim et de satiété.

Toutefois selon Cottreaux[28], (1981), p 10 : « Il apparaît dangereux de vouloir ralentir un comportement hyperactif chez un individu qu'un échec dû à ce ralentissement risquerait de précipiter dans la dépression. »

L'approche en thérapie comportementale, aujourd'hui comportemento-cognitiviste doit se focaliser « non pas sur les éléments les plus superficiels du comportement inadapté mais bien sur un ensemble de réponses organisées en patterns ou entités cliniques suffisamment larges pour qu'une hypothèse thérapeutique valable puisse être formulée : ce qui évite les réapparitions ou substitutions de symptômes. »

Mialet, (1999),[29], cite W. James qui qualifie de « distraction », l'état pendant lequel l'attention est dispersée, flottante. Puis un rassemblement de nos opérations mentales intervient : attention sensorielle ou intellectuelle mettant en œuvre différents mécanismes : attention passive, réflexe, non volontaire, sans effort ou active, volontaire, se caractérisant alors par un effort déterminé.

Le modèle de traitement de l'information de Mc Clelland & Rumelhart, (1986), suppose un traitement en parallèle de divers types d'informations, qui interagiraient à différents niveaux de traitement. L'attention serait un processus, un filtrage précoce aboutissant à une décision motrice. C'est une modalité générale du fonctionnement de l'ensemble des procédures adaptatives et un processus essentiel de la sélection de l'information. L'homme ne peut pas traiter de façon élaborée toutes les stimulations en provenance de son environnement. L'attention a la fonction de sélectionner l'information à traiter. Ce caractère permettrait une meilleure mise en mémoire (Cowan, 1988) mais aurait une capacité limitée (Kahneman, 1973). Selon Shannon & Weaver, 1949, il existe un canal de communication par lequel transiteraient les informations de l'émetteur vers le récepteur. Les cognitivistes décrivent l'attention comme la sélection d'un canal d'entrée ou comme l'atténuation de ses concurrents.

Deutch, (1963), proposa une théorie de sélection tardive dans laquelle les stimuli les plus pertinents solliciteraient l'attention. Le rôle du contexte serait très important.

---

[28] COTTREAUX J., 1981, "Psychosomatique et médecine comportementale », Masson, Paris, p 10

[29] MIALET Jean-Paul, (1999), « L'attention » Que sais-je ?, PUF, Paris

On parle de « trace attentionnelle » localisée dans le cortex cérébral. Certains stimuli seraient aptes à susciter l'attention du sujet. On parle alors d'attention involontaire.

Selon Hamon, (ibid), p37 : « Le processus attentionnel comporte deux composantes : l'activation automatique et le contrôle des stratégies utilisées pour traiter l'information. ».

L'attention volontaire s'identifierait aux traitements décisionnels qui contrôleraient l'entrée du codage du stimulus dans la ligne des opérations à capacité limitée responsables de la réponse.

On sait que l'attention du nourrisson peut se fixer sur le visage et qu'il reproduit des mimiques. Le nourrisson reconnaît sa mère dès les premiers jours par les odeurs, par le contact avec sa peau, le son de sa voix qu'il entendait in utero. Une sœur aînée d'un bébé d'un mois, qui s'occupe de sa petite sœur depuis son arrivée à la maison rappelle que seule sa mère arrive à la calmer. Pourtant elle lui donne aussi à manger et s'en occupe tous les jours mais ce n'est pas pareil.

Cela vérifie, le fait que l'attachement est un besoin primaire et qu'il se développe dès la naissance. Le nourrisson dépend entièrement des soins apportés par sa mère et sa principale préoccupation est de se nourrir.

Au stade oral, sa connaissance du monde passe principalement par la bouche à laquelle il porte tout ce qu'il attrape au départ de façon réflexe puis volontaire et qui permet à la fois la survie, le plaisir et la découverte. L'attention à cet âge est focalisée par le besoin sur la bouche. Il y aura glissement du besoin de nourriture au plaisir de la succion.

Miollan & Bisson [30], (1998), p 172, signalent que « Le nourrisson repère très vite, lorsque la faim le tenaille, si la mère est présente, si elle s'active à préparer le biberon. Les mouvements, les bruits, les odeurs, le discours de la mère, tout devient indice rapporté à l'objet de son attente. Et on peut observer que lorsque le besoin est satisfait, l'objet de l'intérêt de l'enfant change. Il ne s'agit plus pour lui d'apaiser sa faim, mais de se donner du plaisir.

---

[30] MIOLLAN Cl. & BISSON Th. « L'attention : perspectives cliniques », in HAMON Jean-François, « Attention, vigilance, émotion », L'Harmattan, 1998, Université de La Réunion, p 172

L’objet peut éventuellement rester le même, la tétine par exemple, mais son attribution, sa valeur et son sens changent. »

Dans cette perspective, l’attention apparaît comme un mécanisme qui contribue à la survie et se maintient comme soutien et enrichissement du rapport au monde. »

La période de l’analité entre autres aspects, fait émerger la problématique de l’altérité. L’autre devient un enjeu majeur dans le monde de l’enfant.

Puis lors de la phase phallique, l’enfant va découvrir la différence des sexes et le fantasme de la perte du pénis mais aussi d’une intimité avec la mère, le père apparaissant comme un rival pour le garçon, ou un objet de conquête pour la fille.

La problématique œdipienne est un cortège d’amour, d’identification, de rivalité, d’angoisse de castration et de possible sublimation. L’enfant doit avoir des conduites adaptées afin de déterminer les objets qui combleront ses attentes.

Selon Miollan & Bisson, (1998), p 174 :« Les difficultés psychologiques viennent en général de cette difficile acceptation de la perte de l’unité, de la perte de l’objet censé nous combler, de la difficulté à mettre en place des mécanismes d’adaptation en accord avec la situation présente, mécanismes qui contribuent à la détermination de nouveaux objets d’investissement. » En se centrant sur la relation intersubjective, on essaie de saisir le fonctionnement global du sujet en relation à soi, à l’autre, au monde.

Si l’attention de l’enfant est perturbée par des causes génétiques (THDA), avec de multiples focalisations désordonnées, un attachement dysconfiant entre la mère et le nourrisson peut en découler.

Les fonctions attentionnelles permettent la sélection de l’information et les fonctions exécutives l’exécution de traitements appropriés. Elles ont un rôle de contrôle et de régulation.

Selon Bourgueil, (ibid), p 67 : « Le TDA/H serait avant tout l’expression clinique d’un déficit des fonctions exécutives et attentionnelles. » Cependant, l’environnement de l’enfant, sa motivation, ses souffrances psychiques peuvent altérer profondément et durablement son attention. Il peut y avoir des atteintes électives ou globales.

L’attention soutenue vise à maintenir son intérêt vers une source d’information au-delà de dix minutes. Elle permet de détecter ou de réagir à une cible parmi des distracteurs.

On parle aussi d'éveil et de vigilance. L'attention soutenue est toujours déficitaire chez les enfants présentant un TDA/H. Ils n'arrivent pas à suivre les leçons d'une demi-heure à l'école ni un film à la maison. Toute tâche demandant une mobilisation longue de l'attention est donc difficilement réalisable. On utilise pour mesurer l'attention soutenue des tests normés : barrage de Zazzo, test de d2, Brickenkamp, 1981 et l'épreuve informatisée de Conners (1995). Cette épreuve de quatorze minutes, s'appelle le « continuous test ». Le sujet doit appuyer sur la barre espace du clavier de l'ordinateur chaque fois qu'une lettre apparaît sauf si c'est la lettre x. Elle est normée à partir de six ans et jusqu'à l'âge adulte. L'attention sélective ou focalisée est limitée dans le temps. C'est la compétence permettant d'extraire une information pertinente d'un ensemble d'informations de nature plus ou moins comparable, en inhibant la réponse aux stimuli non pertinents.

Elle est souvent présentée comme un filtre de sélection de l'information. Elle est altérée chez les enfants souffrant de TDA/H. Ils font preuve d'une grande distractibilité et n'arrivent pas à se concentrer sur une tâche même de courte durée.

L'enfant « papillonne », n'est pas capable de se fixer sur une activité donnée et se trouve dans l'incapacité à faire le tri dans les informations de l'environnement. Il fait de très nombreuses erreurs.

L'attention partagée permet de traiter simultanément deux tâches. Plus les modalités sont éloignées et plus l'exécution en est facilitée. Il est par exemple plus facile d'écrire en écoutant que de suivre deux conversations à la fois. L'automatisation de l'une des tâches favorise la division des ressources attentionnelles. A l'école primaire alors que l'orthographe n'est pas automatisée, il est difficile d'écrire en écoutant la maîtresse. Cette difficulté s'accroît chez les enfants TDA/H qui n'arrivent pas à inhiber les informations non-pertinentes.

Les fonctions exécutives sont une variété d'opérations permettant de s'adapter à un environnement nouveau et fluctuant. Elles sont nécessaires à l'analyse et au choix des données et participent à l'orientation de l'attention ainsi qu'à la sélection.

Elles élaborent un programme d'actions, la mise en place de stratégies et de planification ainsi que l'inhibition de routines inadéquates. Ce sont des compétences de haut niveau permettant la vérification et l'adéquation entre le but visé et le résultat. Des processus contrôlés permettent la correction ou l'interruption des actions.

Un lien étroit existe entre fonctions exécutives et attention. En effet, ces dernières permettant de maintenir puis de déplacer l'attention d'un objet à un autre grâce aux mécanismes d'inhibition ou de flexibilité cognitive.

L'inhibition est mobilisée dans les situations d'apprentissage car elle permet à l'individu de réguler ses comportements et de rester concentré sur des tâches complexes. Elle empêche les informations non pertinentes d'entrer en mémoire de travail. Elle supprime aussi les informations pertinentes devenues inutiles en exerçant une fonction d'arrêt.

Les enfants souffrant de TDAH vont souvent avoir en lecture les difficultés suivantes : omissions de lettres ou de mots, substitutions de mots, des sauts de ligne qui altèrent la compréhension. Selon Bourgueil, (ibid), p 67, il existe une association fréquente du TDA/H et de la dyslexie. Néanmoins certains ont un niveau de conscience phonologique correspondant à leur âge. Les troubles attentionnels expliqueraient la lenteur des progrès chez 10% des enfants suivis en orthophonie.

L'écriture est souvent maladroite et les difficultés en motricité fine se retrouvent dans le découpage, le coloriage. Ils font plus de fautes en recopiant du fait de problèmes visuo-attentionnels et de leur faible capacité d'attention soutenue.

En mathématiques, la mémorisation des tables va poser un problème du fait du déficit de mémoire de travail en lien avec la capacité d'autorépétition. Dans les problèmes, on aura de nombreuses erreurs dues à l'impulsivité et au manque de vérification. La fluctuation de l'attention ne permettra pas de trier les informations pertinentes.

Au niveau du langage, on observe précocement des troubles du langage ou de la parole mais qui s'améliorent spontanément plus tard. En revanche, ce sont des enfants qui vont intervenir de façon impulsive et inappropriée sur des sujets sans aucun rapport avec la tâche à effectuer. Ils vont souvent couper la parole et n'attendent pas la fin d'une question pour y répondre.

Ces troubles cognitifs des fonctions exécutives et attentionnelles ont des répercussions sur le comportement. Ils ont des difficultés à maintenir un effort au travail, à se focaliser sur une tâche et à s'organiser (défaut de planification). Ils n'arrivent pas à suivre les règles et les consignes et ne modifient pas leur attitude à la suite de conséquences négatives.

Ces problèmes les amènent souvent à avoir une faible estime d'eux-mêmes et à développer des troubles anxieux ou de l'humeur.

Ils ont aussi du mal à évaluer le danger et entrent fréquemment en conflit avec leurs pairs. L'isolement social qui en découle aggrave la symptomatologie.

Le diagnostic et la prise en charge des TDA/H nécessitent une approche multidisciplinaire : pharmacologique au besoin, psycho-éducative et psychothérapeutique. Il faut une étroite collaboration entre les parents, les enseignants et les thérapeutes.

Dans l'approche médicamenteuse, les psychostimulants agissent sur l'augmentation de la vigilance ainsi que sur les systèmes de contrôle attentionnel et de régulation des émotions.

Si médication il y a, elle devra toujours être accompagnée d'un travail psychologique auprès de l'enfant et de sa famille ainsi que d'une réflexion pédagogique pour aider l'enfant dans ses apprentissages.

Pour éviter l'inattention, on veillera à placer l'enfant à côté d'un élève calme et appliqué et le plus loin possible des portes et fenêtres. Il faudra donner des consignes courtes, les faire reformuler pour lutter contre la carence de mémoire de travail. On insistera sur des mots clés qu'on pourra surligner. On pourra séquencer les activités en ne donnant qu'un exercice à la fois.

Un signe discret de l'enseignant pourra constituer un renforçateur pour aider l'enfant à maintenir son effort. On évitera les situations de double tâche (écouter et écrire par exemple). On essaiera de les entraîner à créer des images mentales correspondant aux concepts et on insistera sur des stratégies mnémotechniques et organisationnelles. La présence d'une auxiliaire de vie scolaire pourra être bénéfique pour aider l'enfant à focaliser son attention et reformuler les consignes.

En aide spécialisée, on pratiquera la pédagogie du détour en favorisant l'expérience de la réussite. On utilisera la répétition et la verbalisation des procédures. Pour favoriser la motivation on utilisera les trois leviers : développer le sentiment de compétence, avoir la liberté d'agir ou de choisir et augmenter la valence (l'importance qu'on donne à quelque chose). On pourra : apprendre autrement, apprendre avec les autres, apprendre en action, apprendre à apprendre. On pourra changer de mode d'apprentissage: par essais-erreurs, par répétition, par imitation et par construction. On essaiera de planifier les tâches, on instaurera des routines et on usera de répétitions.

On fera de la métacognition en incitant l'enfant à expliciter sa démarche et à vérifier la pertinence de ses réponses et l'adéquation au but recherché.

Un travail sur les fonctions cognitives déficientes pourra être bénéfique au niveau du prélèvement d'indices, de la discrimination visuelle et auditive. On pourra reprendre des activités de tri et de classification. On insistera sur les différentes phases du traitement de l'information

On essaiera l'éducabilité cognitive des fonctions cognitives déficientes :

Au niveau de la prise d'information:

-Perception vague et brouillée

-Comportement exploratoire impulsif

-Manque ou défaut de vocabulaire réceptif qui entrave la discrimination

-Manque ou défaut d'orientation spatiale

-Manque ou défaut de concepts temporels

-Manque ou défaut de conservation (taille, forme, quantité, orientation)

-Difficulté ou incapacité à considérer simultanément plusieurs sources d'information

Au niveau de l'élaboration de l'information :

-Incapacité de distinguer entre les données pertinentes ou non, lors de la définition d'un problème. L'apprenant accorde la même valeur à toutes les informations d'un produit, il ne les sélectionne pas. (trois marins, deux mousses, quel est l'âge du capitaine né en 83 ?).

-Manque de comportement comparatif spontané. Il ne cherche pas les ressemblances ou les différences entre les deux données. (Il faut entraîner la comparaison, jeu des 7 erreurs par exemple).

-L'appréhension épisodique de la réalité. C'est la fuite des idées, l'apprenant oublie au fur et à mesure. Du coup il ne progresse pas. Il perd de vue le raisonnement.

-Le manque de raisonnement logique ou d'inférence. L 'apprenant cherche à reproduire une procédure connue qu'il plaque sur la situation, plutôt que de chercher par un raisonnement logique des solutions adaptées. (Par exemple, si la maîtresse est en train d'étudier la soustraction, l'élève va l'appliquer alors qu'il faudrait faire une addition).

-Le manque d'intériorisation. L'apprenant n'a pas à l'esprit une bonne représentation de ce qu'il cherche ou de ce qu'il doit faire.

-Le manque de pensée inférentielle et hypothétique. (si → alors) L'apprenant n'effectue pas d'inférence causale ; il ne vérifie pas ses hypothèses.
-L'apprenant ne contrôle pas ses réponses. Il ne vérifie pas ce qui est écrit.
-Le manque de comportement de planification. L'apprenant se disperse, il n'ordonne pas ses démarches, ne suit pas les étapes (cela peut être lié à l'émotion).
-Le manque d'établissement de relations virtuelles.
Au niveau de l'expression de la réponse :
-Modèle de communication égocentrique : L'apprenant s'exprime pour lui-même et n'a pas le souci de se faire comprendre de l'autre. Par exemple, en créole : « Ou connaît z'affaire là ! Ou l'a compris à moi ! »
-La réponse par essais / erreurs : L'apprenant donne des réponses au hasard sans souci d'élaboration d'un raisonnement, jusqu'à trouver la réponse par hasard.
-Comportement impulsif de passage à l'acte : L'apprenant se précipite dans la tâche et veut donner une réponse tout de suite. Il extériorise la première réponse qui lui semble bonne.
Il faut dire : « Une minute, je réfléchis ! Ou : Tourne ta langue 7 fois dans ta bouche avant de répondre ! »

-Le manque d'instrumentation pour communiquer des réponses élaborées, conformes aux réponses attendues. (Phrases de réponses, unités, tableau, courbe…)

On variera les supports (auditif, visuel, manuel). On utilisera des jeux et on favorisera la métacognition et les interactions. On favorisera les représentations mentales. On dédramatisera les erreurs et on s'en servira pour construire les apprentissages et apprendre à vérifier la validité d'une réponse. Enfin, on encouragera le transfert vers la classe.

I-4-2-L'impulsivité

L'impulsivité se traduit par des comportements observables tels que :

- L'enfant est incapable de contrôler ses comportements
- L'excitation le rend inapte à différer ses actes, à inhiber les réponses et à tolérer la frustration.
- Labilité émotionnelle: côté caractériel… (colères, pleurs).
- Des impulsions agies, souvent imprévisibles, peuvent l'amener à se mettre en danger.
- TOP: Trouble Oppositionnel avec Provocation.
- TOC: Trouble Obsessionnel Compulsif.
- Sur le plan cognitif: incapacité à inhiber les réponses immédiates et spontanées. (Ils sont dans l'immédiat)
- Difficultés à penser le temps, à anticiper, à planifier les étapes et la succession des actions.
- La mémoire à court terme est fragilisée.
- Se précipite souvent pour répondre à la question sans attendre qu'on ait terminée de la poser.
- A souvent du mal à attendre son tour.

Interrompt souvent autrui ou impose sa présence (fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

On parle d'enfants instables, cette instabilité touche tous les secteurs de la relation: que ce soit sur le plan corporel (motricité, construction) ou sur le plan affectif (pulsionnel, relationnel, angoisse. Il y a instabilité de l'attention mais aussi de la pensée.

Sur le versant relationnel :
L'insécurité interne est liée à la question de l'attachement et à l'accordage des relations précoces entre la mère et l'enfant.

On observe une défaillance de l'expérience fondamentale d'omnipotence (environnement qui n'a pas répondu de manière correcte) et une fragilité de l'organisation narcissique (estime de soi)

La problématique du lien et de la séparation est importante. La plupart des enfants qui subissent une démarche de placement (mesure d'aide sociale) deviennent des enfants instables. Ils ont des difficultés à construire le processus de séparation et de l'absence

Le rapport de dépendance et d'autonomie à la mère est important. Il existe une relation d'emprise ainsi qu'une demande paradoxale de relation. Il y a un besoin de reconnaissance allié à un évitement et à une impossibilité à investir, à nouer une relation avec l'autre.

On observe la répétition d'une expérience relationnelle négative (façon de mobiliser l'autre en permanence, y compris le fait qu'ils ne répondent pas). Ils rendent très vite la classe impossible. On en parle comme « Les enfants qui poussent à bout. » Ce sont des enfants qui épuisent les enseignants. La tentation c'est de les évacuer. Le contre-transfert. Le groupe classe est pour eux un facteur de dispersion.

Sur le versant fonctionnel :
Il y a une hyperactivité chronique. Ils n'ont pas réussi à constituer un équilibre tonique (équilibre, fonction primitive). La fonction tonique et sensorielle est perturbée. L'hypertonicité en est un signe précurseur. Il y a hypertension corporelle ainsi qu'une absence d'unité et d'organisation corporelle.

On observe des difficultés praxiques. Ils ont besoin de se poser mais n'y arrivent pas. Il faut un moment de centration, de respiration.

Plus on est hypertonique, moins on sent (tact, toucher). Les actions sont massives, peu différentiées, incoordonnées et les activités répétitives et peu structurées (frapper, taper, lâcher).

Il y a une mise en danger dans les activités motrices, une conscience corporelle défaillante, des difficultés du schéma corporel et une fragilité de l'image corporelle. Les bases du sentiment corporel d'existence dont l'espace et le temps sont fragilisées. Ils manquent de repères.

Pour le versant pulsionnel, émotionnel :

Ce qui caractérise ces enfants c'est leur hyperexcitabilité. Il y a un problème de régulation des états d'excitation externes et internes. Il faut faire attention à la sur-stimulation (état de sur-stimulation). Il y a défaillance du système par-excitation. Il peut y avoir un problème d'éducation. L'instabilité peut être due à des modalités éducatives (sur-stimulation, manque de cohérence).On note alors une fonction de protection par l'excitation. L'enfant est incapable d'arriver à retrouver son propre calme. On observe une destructivité de ces enfants (dimension très négative). Ils se vivent comme destructeur et très mauvais.

L'hypertrophie du moi permet de lutter contre l'identité négative, pour survivre aux échecs de l'omnipotence. C'est lié aux angoisses et à la pulsion. On peut porter atteinte à l'objet et le détruire. C'est toute l'éducation de la pulsion. La pulsion nous met toujours en danger. Elle menace notre intégrité et celle de l'autre. On peut y voir l'image de la mauvaise mère… Le cannibalisme. Ils se positionnent sur le côté du détruire, du mauvais. Ils suscitent le rejet de l'autre. « Tout mais pas moi! ». C'est l'exclusion!

Ce dont les enfants ont besoin, c'est de quelqu'un qui les contienne. Il faut tenir un cadre souple. Il ne faut pas le rigidifier. On doit reprendre toutes les ruptures de contrats. Il faut que l'école prévienne la crise et à défaut prévoir un protocole de crise à l'école. On doit préserver son groupe et calmer l'enfant. Une AVS ou un réseau d'intervention sur appel peuvent être utile. On doit faire des régulations avec l'enseignant. Il ne faut pas être qu'il se sente isolé. Il faut faire appel à l'équipe d'école. On pense à la tendance antisociale de Winnicott. Il y a absence de contenance émotionnelle et de régulation des angoisses.

L’enfant est impulsif et peut passer à l’acte. On parle d’enfant « bolide ».

Le comportement peut venir se manifester si on ne peut pas mettre en mots et quand on n’a pas la capacité à mentaliser. Les liens corps/ émotion/ pensée sont à travailler. Il faut définir un projet pour l’enfant.

I-5-L'attachement dysconfiant

L'attachement et ses applications thérapeutiques sont très importants.

Pour Zazzo[31], (1974), l'origine de l'attachement du jeune enfant à sa mère n'est pas « le résultat d'un apprentissage mais l'effet d'un besoin primaire et que, pour se réaliser, il dispose probablement de mécanismes innés. » p 9.

Pour Sigmund Freud et l'école psychanalytique, on a tenu comme évident que le besoin de nourriture était le seul besoin primaire du nouveau-né et qu'à partir de la satisfaction de ce besoin se créaient les liens qui l'unissent à son milieu. Freud a conceptualisé cette idée avec les notions de libido, d'activité orale, et plus directement par la thèse de l'étayage. Pour ce dernier, la satisfaction du besoin de nourriture a pour but la résolution d'une tension organique ; elle a pour moyen le sein maternel ; à la satisfaction de l'assouvissement de la faim s'ajoute ainsi et se lie un surcroît de plaisir, et la découverte de l'objet qui lui procure ce plaisir, le sein nourricier, la mère. Ainsi la pulsion libidinale, ou sexuelle, s'appuie, s'étaie, sur la fonction vitale d'alimentation. Il a appelé ce stade le stade oral à partir duquel se construit la genèse de la sexualité et les origines de l'affectivité.

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

Freud a développé le concept du traumatisme ; un fait qu'on a tendance à oublier.

A l'origine des névroses et d'autres troubles voisins, il y a des évènements qui peuvent être traumatiques pour la psyché en développement. Lorsqu'une expérience vécue suscite une réaction pathologique inhabituelle, la raison en est qu'elle inflige à la personnalité des exigences excessives ; il postule que la personnalité est exposée à un afflux d'excitation, qui est excessif par rapport à sa tolérance. La mesure dans laquelle les individus peuvent répondre à ces exigences doit varier selon les individus : « Certains faits agissent comme des traumatismes sur certaines constitutions, tandis qu'ils demeurent sans effet sur d'autres » Freud (SE 23 :73, Moïse et le monothéisme).

---

[31] Zazzo, (1974), « L'attachement », Delachaux et Nieslé

Il y a une période particulière de la vie, les cinq ou six premières années, au cours de laquelle tout être humain a une plus grande réceptivité aux traumatismes.

Car à cet âge, pense-t-il, « le moi…, est faible, immature et incapable de résistance ». En conséquence, le moi « n'arrive pas à résoudre des problèmes dont il pourrait, plus tard, trouver en se jouant la solution » ; il a recours au refoulement ou au clivage. C'est pourquoi, d'après Freud, « les névroses ne s'acquièrent qu'au cours de la prime enfance » (SE23 :184-185, l'abrégé). On appelle résilience le phénomène qui permet de passer outre ces traumatismes.

Le phénomène primaire d'attachement n'est pas propre à notre espèce et existe également chez de nombreux mammifères et chez certains oiseaux. Selon Zazzo, (1974), l'attachement est un besoin primaire aussi impérieux que la faim. John Bowlby énumère cinq patterns de comportement d'attachement qui s'organisent en un système d'équilibre, de régulation : (succion, étreinte, cris, sourire, action de suivre)

Mélanie Klein[32] (1952) postule la théorie orale : « la relation avec le sein aimé et le sein haï (le sein « bon » et le sein « mauvais ») est la première relation d'objet du bébé » et que le lien étroit entre un nourrisson et sa mère est centré sur sa relation avec le sein » (p 243 ; éd.fr., p229). Elle postule d'un désir inné du sein de la mère, d'un besoin primaire de sucer : « Cette intimité physique et psychique avec le sein gratifiant réinstaure dans une certaine mesure -si les choses se déroulent bien- l'unité prénatale avec la mère, ainsi que le sentiment de sécurité qui l'accompagne… Avoir fait partie du corps maternel durant la gestation contribue sans doute au sentiment inné de l'enfant qu'il existe, extérieur à lui, quelque chose qui est capable de combler tous ses désirs » (éd.fr., p15)

La figure suivante présente les deux pôles d'aliénation de l'attachement dysconfiant : d'un côté le couple fusionnel mère / enfant dans un rapport de domination / soumission et d'un autre côté le couple mère /enfant dans un rapport d'évitement / abandon se traduisant par un repliement sur soi de l'enfant, un isolement pouvant aller jusqu'à l'autisme.

Au centre les caractéristiques d'un attachement équilibré avec sentiment de sécurité.

---

[32] Klein Mélanie, (1952) (p209 in attachement de Bowlby ; éd.fr., p 197-198)

La mère et l’enfant tissent des liens particuliers vers une norme personnelle imprégnée d’influences culturelles et transculturelles. L’attachement naturel est associé à des processus d’autonomisation et procure un sentiment de liberté.

La figure suivante présente les deux pôles d’aliénation d’un attachement dysconfiant.

Figure 2: Les deux pôles d'aliénation d'un attachement dysconfiant

<u>Premier pôle d'aliénation :</u>

Couple Domination / Soumission

Dépendance

Asservissement

Assujettissement

Tendance fusionnelle

Attachement équilibré avec sentiment de sécurité

Vers des liens particuliers tissés dans un contexte relationnel déterminé.

Vers une norme personnelle imprégnée d'influences culturelles et transculturelles.

Attachement naturel associé à des processus d'autonomisation.

Sentiment de liberté.

Tendance Autistique, séparation

<u>Deuxième pôle d'aliénation :</u>

Couple évitement / abandon

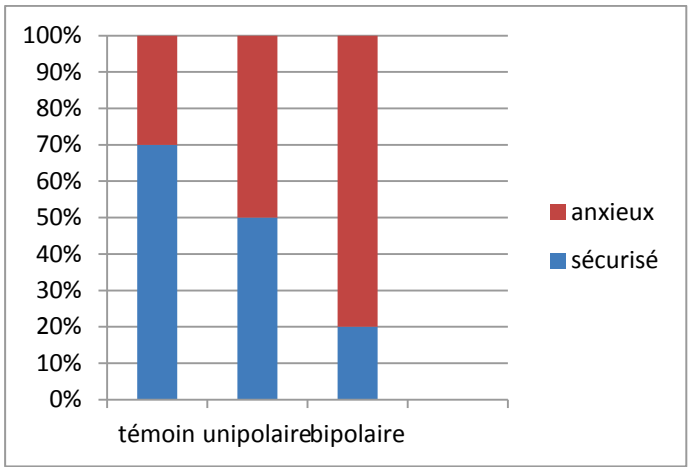
Repliement

Isolement

Autisme

La figure suivante présente le pourcentage d'enfants ayant établis un attachement anxieux ou sécurisés avec leur mère en fonction du trouble de celle-ci, unipolaire ou bipolaire et d'une population témoin. Cela montre que l'attachement est dysconfiant avec des mères dépressives.

Figure 3 : Qualité de l'attachement chez les enfants de mères ayant vécu un épisode de dépression majeure Marian Radke-Yarrow et al., (1985) (NIMH, Bethesda, Md)



Selon Blaise Pierrehumbert et al, (2000), les problèmes de comportements à 5 ans (dont l'hyperactivité) sont beaucoup plus importants pour les enfants de 21 mois ayant un attachement de type dysconfiant (insécure) que pour ceux ayant un attachement de type sécurisé, confiant (sécure).

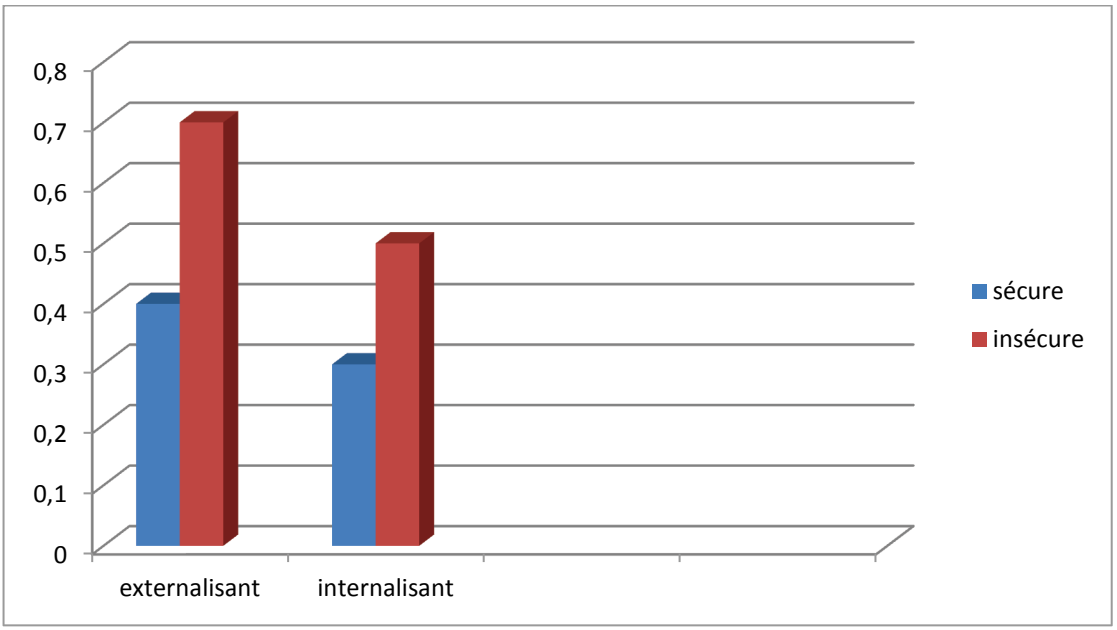
Problèmes de comportement: questionnaire « Child Behavior » Check List" (CBCL), Achenbach (1991)

Problèmes internalisants (troubles émotionnels):
– échelle retrait
Boude beaucoup 0 1 2
– échelle plaintes somatiques
Maux de tête 0 1 2
– échelle anxiété/dépression
Se sent facilement coupable …… 0 1 2

Problèmes externalisants (problèmes de conduite)
– échelle hyperactivité
Ne peut pas maintenir son attention longtemps..... 0 1 2
– échelle agressivité
Cruel, dominateur, méchant …… 0 1 2

Pour Pierrehumbert et al., (2000), un attachement dysconfiant entraîne des difficultés d'attention et une hyperactivité.

Figure 4 : Qualité de l'attachement à 21 mois et problèmes de comportement à 5 ans (N=40; Pierrehumbert et al., 2000)



Diff. secure/insecure: p<.05

Pour Ahnert, Gunnar, Lamb et al., (2004), l'adaptation et la séparation sont plus difficiles chez les enfants ayant un attachement dysconfiant que chez ceux ayant un attachement confiant. Pour la séparation, la tendance s'inverse le 9ème jour et reste moins difficile le 5ème mois.

Figure 5 : Adaptation et séparation en fonction du type d'attachement sécure ou insécure

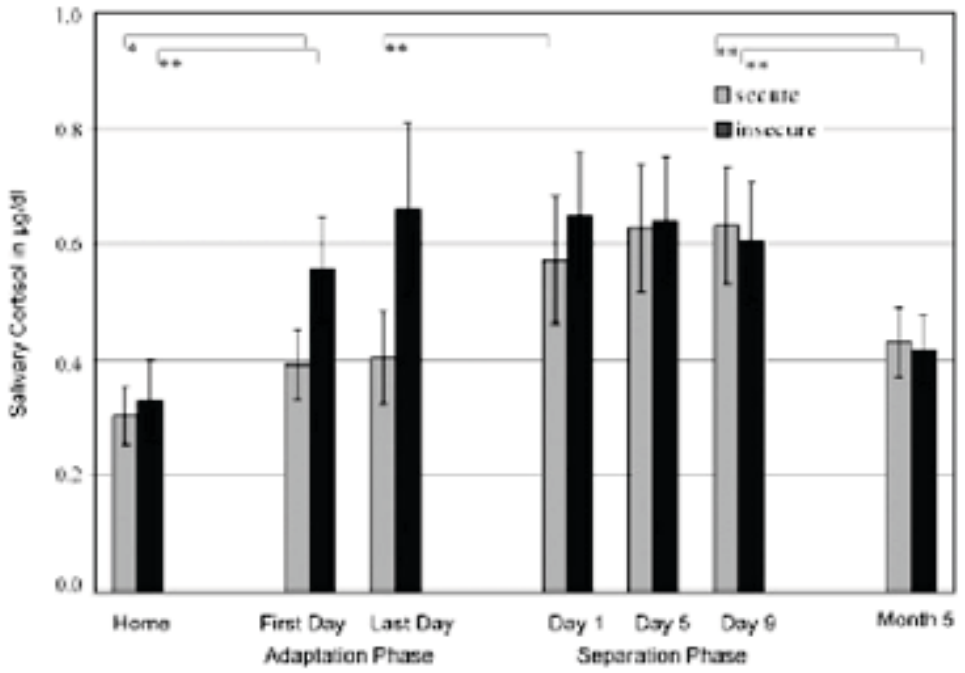


Figure 1. Cortisol levels in secure and insecure infants before and during the adaptation to child care. $^{*}p < .05$. $^{**}p < .001$.

Bailly[33] (2005), présente sa recherche : Les productions vocales du bébé : Hyperfréquences et processus d'attachement.

Trois domaines cibles ont été retenus, l'analyse structurale des vocalises du bébé, l'étude des mouvements des pieds et des mains du bébé, l'étude enfin du regard du bébé, ceux-ci de manière concomitante et synergique, et sur le fond de l'analyse des interactions parents-bébé et de la prise de parole de l'adulte.

---

[33] BAILLY K. (2005) , KISS J., GOLSE B. (2005), Doctorat sur : Les productions vocales du bébé : Hyperfréquences et processus d'attachement. In carnet psy, de juillet-août 2005, p 34, 35,36

Ce travail s'inscrit dans le programme de recherche PILE (programme International pour le Langage de l'Enfant) qui vise à approfondir les connaissances quant à la construction et à l'émergence de la parole chez l'enfant.

Ce programme vise à dégager en première année de vie des indices de difficultés ultérieures quant à la mise en place du langage verbal ou de la communication au sens plus général, dans une perspective de prévention et de soin les plus précoces possibles.

Cette recherche centrée sur la question de la co-modalité perceptive des bébés est naturellement à mettre en perspective très étroite avec les données récemment parues sur les anomalies du sillon temporal supérieur dans le champ des pathologies autistiques.

Les auteurs mettent en évidence, qu'au cours des processus d'attachement on note l'apparition d'hyperfréquences (HF) au sein de la production vocalique du bébé.

Les échecs de l'intersubjectivité et de la narrativité verbale sont à rechercher très précocement au niveau du corps et du comportement des bébés. Avant même de se sentir distinct de l'autre, c'est-à-dire différencié, le bébé peut néanmoins émettre un certain nombre de signaux qui ont un effet procédural sur l'autre, et tel est probablement le cas des premiers matériaux sonores émis par l'enfant.

En comparant les différents spectres des proto-vocalises du bébé (mouvement vocalique non encore structuré en terme de développement vocal) on remarque qu'elles peuvent contenir des hyperfréquences (HF) tout à fait inattendues au-delà des 28 kHz, soit des fréquences non perceptibles par l'oreille humaine, non productibles par un adulte et non corrélées à la tonalité aiguë du son émis.

Quelle est la place des hautes fréquences dans l'ontogenèse de l'appareil psychique et de la communication ? La psychopathologie modifie-t-elle l'émission des hyperfréquences ? Quelles sont les conditions relationnelles de ces émissions ? Quelle est leur évolution avec l'âge de l'enfant et avec l'histoire de son système interactif ? La mère les perçoit-elle et comment ?

Une attention particulière est portée au moment où la mère s'absente pour passer dans la pièce à côté. Les vocalises comportant des hyperfréquences ramènent l'attention de la mère alors que celles sans HF sont sans effet.

Leur hypothèse est donc que cette émission d'HF a une fonction d'appel quand l'enfant se sent lâché dans l'interaction et que l'absence physique ou psychique de la mère suscite en lui un manque ou un besoin.

Si ce résultat se confirme, la question de savoir si cette émission d'HF a valeur ou non de précurseur de l'attachement en tant que système de survie sélectionné par l'évolution (Bowlby 1974).

En présence de leurs parents les enfants sains ont émis des vocalises dépourvues d'hyperfréquences.

Les enfants autistes n'ont pas montré d'émission d'HF, ce qui renvoie peut être au fait que l'autisme infantile représente un échec majeur de l'accès à l'intersubjectivité et que de ce fait, l'enfant autiste ne perçoit pas l'autre comme un objet appelable.

L'un des deux enfants psychotiques a émis des HF et l'autre non. Compte tenu du fait que l'autisme représente un échec majeur de l'accès à l'intersubjectivité alors que la pathologie psychotique témoigne déjà d'un certain accès à celle-ci, cette observation va dans le même sens que la précédente : le psychotique peut avoir besoin de l'autre alors que l'autiste évacue toute représentation de l'autre et ne peut donc y faire appel. Les diagnostics psychopathologiques structuraux ont été posés par l'équipe du Dr Golse avec les instruments internationaux habituels (ADI, CARS…).

Quand il y a émission d'HF, si la mère les perçoit, il ne s'agit sans doute pas d'une perception consciente mais d'un enregistrement corporel déterminant et donnant lieu à une action motrice immédiate (manifestation de présence à l'égard de l'enfant et rapprochement).

On sait que les basses fréquences peuvent être perçues par la peau mais il n'y a pas de données quant à la perception des HF.

Les auteurs pensent que cette mise en jeu d'HF témoigne de la construction de l'intersubjectivité à l'instar des premières procédures d'attachement dont elles représentent peut-être un paradigme fondamental. Ils veulent aussi savoir le rôle des HF dans la constitution du timbre, véritable signature vocale du bébé, auquel la mère se montre, nous le savons, spécifiquement sensible.

Ce projet de recherche montre bien l'importance du phénomène d'attachement dans la construction du langage et on note déjà que les autistes ont un trouble de cet attachement.

Anna Freud et Dorothy Burlingham (1942) ont fait des rapports sur les enfants des pouponnières de Hampstead. Elles en tirent deux conclusions. La première est que ce n'est pas avant la deuxième année de vie que « l'attachement personnel de l'enfant à la mère …parvient à un développement complet » (p 50). La seconde est que « les enfants s'agrippent même aux mères qui sont continuellement fâchées et parfois même brutales à leur égard.

L'attachement du petit enfant à sa mère semble dans une large mesure indépendant des qualités personnelles de cette dernière » (p 47). En fait, leurs observations font apparaître clairement que le potentiel d'attachement est toujours présent chez un enfant et prêt, lorsqu'il est à cours d'objet, à se fixer sur n'importe qui.

« Les émotions qu'un enfant dirigerait normalement vers ses parents… restent non développées et non satisfaites, mais… sont latentes en lui et prêtes à entrer en action dès que la plus légère occasion d'attachement leur est offerte ». (Burlingham et A. Freud, 1944, p 43).

Pour Bowlby[34], (1978), p19 : « l'observation de la façon dont un très jeune enfant se comporte à l'égard de sa mère, en sa présence et spécialement en son absence, peut largement contribuer à notre compréhension du développement de la personnalité. Les jeunes enfants lorsqu'ils sont enlevés à leurs mères par des étrangers, réagissent habituellement avec une grande intensité; et une fois réunis avec elles, manifestent couramment soit une plus grande angoisse de séparation, soit un détachement inhabituel. »

Pour Bowlby, (1978), un événement et/ou une expérience pathogènes pour la personnalité provoquant des schèmes de réaction dans la petite enfance, produisent des schèmes de réaction analogues plus tard. Il note une classe d'évènements -la perte de la figure maternelle dans la petite enfance- qui peut être une expérience traumatique et entraîner des processus pathologiques. Il a étudié cette perte de la figure maternelle sur la période de six mois à six ans.

Pour cet auteur, à la méthode rétrospective utilisée en psychanalyse, il est nécessaire d'ajouter la prospective. Il faut faire des prédictions sur la base de l'observation directe des nourrissons et des jeunes enfants.

La connaissance du développement du comportement d'attachement chez les humains peut se résumer sous huit rubriques (attachement p 302, Bowlby) :

---

[34] BOWLBY J., « Attachement et perte », tome 1, l'attachement, PUF, 1978, p19 :

1) Chez les nourrissons humains les réponses sociales de tout ordre sont d'abord suscitées par un large éventail de stimuli et plus tard, par un éventail bien plus étroit qui se limite après quelques mois à des stimuli provenant d'un ou de quelques individus particuliers.

2) On a la preuve qu'il y a une tendance marquée à répondre socialement à certains types de stimuli davantage qu'à d'autres.

3) Plus un enfant a l'expérience d'une interaction sociale avec une personne, et plus son attachement à cette personne devient fort.

4) Le fait d'apprendre à discerner différents visages suit habituellement les périodes où l'enfant fixe et écoute attentivement, ce qui fait penser que l'apprentissage par exposition peut y jouer un rôle.

5) Chez la plupart des enfants le comportement d'attachement à une figure préférée se développe au cours de la première année de la vie. Il semble probable qu'il y ait une période sensible au cours de cette année où le comportement d'attachement se développe plus facilement.

6) Il est peu probable qu'aucune phase sensible ne commence avant six semaines et il se peut que ce soit plusieurs semaines plus tard.

7) Après six mois, et de façon marquée après huit ou neuf mois, les nourrissons sont plus enclins à répondre à des figures étrangères par des réactions de crainte et plus disposés aussi à y répondre avec une frayeur marquée que lorsqu'ils étaient plus jeunes. En raison de la fréquence et de la force croissante de ses réactions de crainte, le développement de l'attachement à l'égard d'une nouvelle figure devient de plus en plus difficile vers la fin de la première année et ultérieurement.

8) Une fois qu'un enfant s'est fortement attaché à une figure particulière, il tend à préférer cette figure à toutes les autres et une telle préférence tend à persister en dépit de la séparation.

La façon dont le comportement d'attachement se développe chez l'enfant humain et se centre sur une figure distinguée des autres est suffisamment semblable à la façon dont il se développe chez d'autres mammifères et chez les oiseaux pour qu'on puisse légitimement l'inclure sous le terme d' « empreinte », tant que ce terme est utilisé dans son sens générique courant.

Le développement de l'attachement est graduel, progressif et passe par les étapes suivantes d'après Buzenot[35], (2001) :

- de la naissance à trois mois, on parle de pré-attachement initial
- de trois à six mois, c'est l'émergence de l'attachement
- de six mois à un an, il y a établissement d'une base de sécurité
- vers un an / seize mois, on note une période de peur de l'étranger et angoisse de séparation
- de quinze mois à quatre / cinq ans : l'élaboration du modèle d'attachement

Le pré-attachement de 0 à 3 mois se fait à partir de comportements du bébé : sourire, pleurs, regarder dans les yeux, s'agripper, se blottir, réagir aux soins, se laisser réconforter. Les réactions du parent sont très importantes. L'enfant construit ses attentes et sa capacité de distinguer son père, sa mère et les autres.

L'émergence de l'attachement de 3 mois à 6 mois.

L'enfant sourit davantage aux personnes qui s'occupent de lui. Les comportements favorisant la proximité sont dirigés vers des individus privilégiés mais personne n'est encore devenu sa base de sécurité. A cet âge, les enfants ne montrent aucune anxiété particulière quand ils sont séparés de leurs parents et ne craignent pas les étrangers.

De six mois à un an il y a établissement d'une base de sécurité.

L'enfant qui commence à se déplacer seul en rampant et en marchant à quatre pattes explore le monde de façon plus active. Pour se lancer avec confiance dans ces découvertes, l'enfant doit sentir qu'il existe une personne de son entourage qui peut lui servir de base de sécurité.

Il doit sentir qu'il peut se tourner vers cette personne qui pourra le réconforter, l'encourager.

L'enfant passe du temps à jouer seul, à explorer son environnement, mais après un certain temps, il retourne vers le parent pour être rassuré, cajolé, avant de poursuivre ses découvertes. Ce comportement représente un élément clé de l'attachement.

Entre 12 et 16 mois, il y a une angoisse de séparation et la peur des étrangers.

---

[35] BUZENOT M.F., (2001), mémoire de DESS de psychologie clinique, « Une théorie de la tendresse : l'attachement. » sous la direction de Mr Hamon, UFR de psychologie d'Aix-Marseille, p 8, 9, 10

L’enfant se met à avoir des comportements de détresse quand il est en présence des étrangers si le parent s’absente. C’est une étape normale et ces comportements disparaîtront progressivement.

L’élaboration du modèle d’attachement s’élabore durent les quatre ou cinq premières années.

A travers toutes ces étapes, l’enfant crée un modèle d’attachement avec le parent. En général, ce modèle se crée vers la fin de la première année de vie, puis continue à s’élaborer durant les quatre ou cinq premières années. Par le terme de modèle, on désigne les attentes de l’enfant : « Est-ce que je peux être certain que la personne à laquelle je suis attachée sera disponible, accessible ? Est-ce que je peux m’attendre à ce qu’elle m’aime ou me rejette ? Est-ce qu’elle est vraiment une base de sécurité qui me permet d’explorer le monde qui m’entoure ? » Ce sont ces éléments que l’enfant apprend très tôt à travers les réactions du parent.

Les types d’attachement (1an à 2 ans et demi) à la mère sont « sécure » s’il y a présence sécurisante du parent ou dysconfiant : « insécure ». Il y a 3 types « insécure » : le style détaché/ fuyant ou l’enfant évite le contact. Le style anxieux / ambivalent, l’enfant se montrant bouleversé par la séparation et ne se calmant pas à son retour.

Il résiste au contact avec le parent. Le style désorganisé / désorienté, dont les enfants présentent des comportements typiques évitants et ambivalents. L’enfant peut éviter le contact pour ensuite rechercher un contact très étroit. La façon d’agir est ambivalente : il peut s’approcher de son parent en ayant un regard fuyant ou exprimer des émotions sans relation apparente avec la situation.

Le comportement d’attachement commence avec le sourire du bébé.

Pour Zazzo (1974), (p32) : « la conduite du sourire appartient à la fois, par son double rôle organique et social, à l’ordre de l’émotion et à l’ordre de la connaissance ; comment ce système primaire de réactions, ce moyen d’attachement, est à la fois dépendance et l’instrument d’une autonomie progressive. »

Pour Cyrulnik (1989), le bébé n’est plus une bonne graine ni une cire vierge. Dès sa naissance, on observe la manière dont ce bébé actif influence son entourage.

On décrit des « patrons de comportement » comme des patrons de couture, qui montrent comment un geste qui s’exprime déclenche des réactions de l’entourage : l’état de vigilance du bébé modifie le comportement maternel.

Lorsque les mères perçoivent le premier sourire du bébé, elles interprètent toujours ce premier sourire et disent : « Il me reconnaît déjà. », ou bien, « Il sourit grâce à moi. » etc...(Elles ne savent pas que c'est un neuropeptide qui a fait le coup.)

Mais ce disant, elles approchent leur corps du bébé souriant, elles l'appellent, le nomment et vocalisent des sonorités mélodieuses. Ce faisant, elles créent autour du bébé une atmosphère d'intense sensorialité composée d'odeurs, de sonorités proches, de contact et de chaleur. Ce disant participe à ce faisant.

L'interprétation qu'elles donnent du fait (le sourire bio-chimique) crée autour du bébé une sensorialité chaude. Cette interprétation met en place, l'ajustement tonico-postural de la mère et crée une sensorialité qui répond au sourire-signal du bébé. La manière dont la mère interprète ce sourire vient de sa propre histoire et du sens qu'elle attribue à ce fait. La preuve c'est que chaque mère donne sa propre interprétation. « Pauvre enfant, il sourit, il ne sait pas ce qui l'attend, je n'aurais jamais dû le mettre au monde. » 30 à 40 % des jeunes mères donnent cette interprétation anxieuse. Cette interprétation enracine une attitude corporelle radicalement différente. Une interprétation dépressive (au-dessous d'un certain seuil), venue de l'inconscient maternel, crée autour du bébé un monde sensoriel froid.

« Le sens que la mère a donné au sourire a modifié les sens qui médiatisent et tissent le lien de l'attachement. » (Cyrulnik, 1989, p 64).

Déjà le sourire a muté : à peine interprété, il s'est chargé d'histoire. Vers la deuxième semaine, le sourire se socialise : le bébé, yeux ouverts, bouche ouverte, stimulé par l'approche du visage maternel émet des sons, associés à des mouvements et des bafouillages, indices d'un grand plaisir social.

Souvent, le bébé de 2 à 4 mois prend l'initiative de l'interaction et la mère imite ses mimiques faciales : elle fronce les sourcils, fait la moue, tire la langue comme l'y invite le bébé dans son appétit à établir avec elle une conversation non verbale.

Soudain fatigué, le bébé signifie la fin de l'interaction, il détourne la tête et les yeux et cesse de répondre aux sollicitations maternelles. La plupart des femmes continuent à solliciter le bébé repu d'interactions.

Cyrulnik (1989) a compté le nombre de sollicitations maternelles (toucher, appeler, chercher le regard) en fonction du sexe de l'enfant.

Les mères sollicitent les bébés filles presque trois fois plus que les bébés garçons. Certains pensent que ce chiffre est la preuve de l'indifférence que les mères éprouvent pour leurs garçons trop étrangers pour elles, contrastant avec l'identification à leurs filles plus proches et plus sollicitées.

Le sourire-signal devient signe social et sexuel dès qu'il est interprété par un autre.

L'observation du premier sourire permet d'illustrer que ces interactions fantasmatiques sont observables dans le réel, comment elles attribuent du sens aux choses et à quel point elles constituent une force modelante pour le développement de l'enfant

Dans le ventre de sa mère, l'embryon était récepteur de sonorités. Dès sa naissance, il est devenu émetteur et c'est le milieu maternant qui en réagissant, est entré à son tour en interaction.

Après l'enregistrement des cris du bébé et sa diffusion auprès d'adultes et même d'animaux il note des réactions similaires. Il semblerait que la structure physique du cri (aigu/grave) constitue le support matériel de la transmission d'une émotion, la traduction d'un état interne qui se communiquant à l'adulte éveille en lui des représentations différentes :

-les basses fréquences des interprétations enjouées « il est goulu comme son papa. »

-les fréquences aigues véhiculent un état de malaise exprimé par le bébé et déclenchant des sensations anxieuses chez les adultes. « Ca me serre à la gorge. »

Contrairement à ce que l'on pense, un bébé malade ne crie pas. Il gémit doucement. La mère se rapproche de l'enfant malade, ne le quitte pas des yeux.

Lorsque l'état clinique s'améliore, les cris du bébé redeviennent communicants alors la mère se permet de s'éloigner du lit de l'enfant malade. Lorsque l'enfant était mal, la mère, ne pouvant s'intéresser à autre chose, se sentait bloquée près de lui. Quand le bébé a recommencé à crier, elle a pu ouvrir son espace, regarder ailleurs, se déplacer et parler sachant qu'en cas de problème, le canal de communication par le cri serait rétabli.

Ceux qui soutiennent que ce lien résulte d'une pulsion secondaire provenant de la faim semblent présumer que le lien est utile parce qu'il maintient l'enfant près de sa provision de nourriture, bien que ce ne soit pas dit clairement.

Freud[36] (1926), estimait que la fonction du lien de l'enfant à sa mère est surtout de lui assurer de la nourriture.

Son argument est le suivant : le danger fondamental auquel est confronté un nourrisson est que son appareil psychique peut être perturbé par la présence d'une stimulation excessive provenant d'un besoin physiologique non satisfait. L'enfant est impuissant à faire face à ce danger seul.

Cependant sa mère peut y mettre fin. En conséquence, le bébé sachant « par l'expérience qu'elle satisfait tous ses besoins sans délai »… « manifeste un désir vif de percevoir sa mère ». Il en ressortirait que la fonction remplie par la tendance secondaire qui lie l'enfant à la mère est d'assurer celui-ci de sa présence, et d'épargner ainsi à l'appareil psychique d'être perturbé par « l'accroissement des quantités d'excitation qui exigent d'être liquidées » (SE 20 :137).

La fonction du comportement d'attachement selon John Bowlby (1978), p 304, est la protection à l'égard des prédateurs.

Une autre théorie (Murphy 1964) suppose que ce comportement donne à l'enfant l'occasion d'apprendre de la mère des activités nécessaires à sa survie.

Il apparaît que ses deux fonctions ne sont pas incompatibles.

L'équipement comportemental est doté d'une grande plasticité et il s'élabore en partie grâce à l'imitation de ce que fait la mère.

Mais pour tous les animaux, le danger de mort provenant d'une attaque est au moins aussi grand que de mourir de faim. Plus le jeune est puni et plus il s'attache.

En effrayant le petit qui s'approche d'un danger ou d'un prédateur, on favorise l'attachement et l'on renforce sa sécurité. C'est pour cela qu'il s'agit d'un besoin primaire.

Le comportement d'attachement fonctionne sous forme de régulation. Son intensité varie en fonction des moments et de l'éloignement de la mère. Il y a un équilibre dynamique dans le couple mère-enfant.

La relation spatiale entre les deux résulte du comportement des quatre classes suivantes :

a) Le comportement d'attachement de l'enfant ;

---

[36] FREUD, (1926), Inhibition, symptôme et angoisse

b) Le comportement de l'enfant qui est antithétique à l'attachement, et en particulier le comportement exploratoire et le jeu ;
c) Le comportement de soins de la mère ;
d) Le comportement de la mère qui est antithétique au soin parental.

Si le développement satisfaisant de l'attachement est important pour la santé mentale, il faut distinguer ce qui lui est propice de ce qui lui est défavorable.

On distingue des critères des schèmes d'attachement.

Le premier est la force de protestation à la séparation mais certains enfants qui sont solidement attachés à leur mère manifestent peu de comportement de protestation ou d'angoisse de séparation. L'enfant anxieux qui ne se sent pas en sécurité peut paraître plus puissamment attaché à sa mère que celui qui est heureux et en sécurité et pour qui la séparation n'est pas un problème.

Mais l'enfant qui s'accroche à sa mère, qui a peur du monde et des gens, et qui ne veut pas s'écarter pour explorer d'autres objets ou d'autres personnes, est-il plus puissamment attaché ou est-il simplement moins en sécurité ?

On peut noter l'attachement d'un enfant en fonction de diverses formes de comportements :

a) le comportement, y compris l'accueil, qui est à l'origine de l'interaction avec la mère : par exemple, l'approche, le toucher, l'étreinte, grimper sur elle, cacher le visage dans ses genoux, appeler, parler, tendre les bras et sourire ;
b) le comportement en réaction aux initiatives d'interaction de la mère qui maintiennent l'interaction : cela comprend tout ce qui est cité ci-dessus, et aussi regarder avec intérêt (watching) ;
c) le comportement visant à éviter les séparations : par exemple suivre, s'agripper, crier ;
d) le comportement exploratoire, surtout la façon dont il s'oriente par rapport à la figure maternelle ;
e) le comportement de retrait (peur), surtout aussi comment il s'oriente par rapport à la figure maternelle.

Pour l'observation, il faut tenir compte des diverses conditions :

1) Les allées et venues de la mère ; où elle se trouve par rapport à l'enfant :

-la mère présente

-la mère qui part

-la mère absente

-la mère qui revient

2) Les autres personnes :

-la (ou les) personnes familières présentes ou absentes

-l'étranger ou les étrangers présents ou absents

3) La situation non-humaine :

-familière

-un peu étrangère,

-très étrangère ;

4) La condition de l'enfant :

-sain, malade ou souffrant,

-frais ou fatigué,

-affamé ou rassasié.

Plus le schème d'interaction adopté par un couple donne satisfaction à chacun des partenaires, et plus il sera stable. Quand le schème adopté aboutit à la dissatisfaction chez l'un des partenaires ou chez les deux, il y aura moins de stabilité. Une perturbation de la personnalité de la mère produira un schème instable. Le schème d'interaction qu'un couple a établi au cours de la première année tend à persister au moins pendant les deux ou trois années suivantes. Chaque membre s'attend à ce que l'autre se comporte d'une certaine façon et chacun en règle générale ne peut pas éviter de susciter chez l'autre le comportement attendu.

A la suite de processus de cette sorte, pour le bien ou pour le mal, le couple en interaction se développe d'une façon qui lui est propre et parvient à une stabilité.

Des évènements (accident ou maladie chronique) peuvent rendre l'enfant plus exigeant et/ou sa mère plus protectrice. Si la mère est déprimée ou préoccupée, elle sera moins prête à répondre, alors que si quelque chose conduit la mère à rejeter son enfant ou à utiliser des menaces de séparation ou de perte d'amour comme sanctions, il s'agrippera presque certainement plus.

L'arrivée d'un autre enfant ou une période de séparation de l'enfant d'avec sa mère créera son propre déséquilibre et l'un ou l'autre de ses événements peut altérer le comportement de l'un ou de l'autre, de sorte que le schème d'interaction devient radicalement modifié pour le pire.

A l'opposé, un traitement plus sensible à l'enfant de la part de sa mère et une plus grande acceptation de son comportement d'attachement peuvent réduire grandement l'intensité de ce comportement et il sera plus facile à la mère d'y répondre.

Pour Cyrulnik (1989), le bébé influence son entourage dès sa naissance, il montre comment un geste s'exprime, influence et déclenche certaines réactions de l'entourage. L'état de vigilance du bébé modifie le comportement maternel. Cette nouvelle manière d'envisager le bébé a permis de filmer des jumeaux dans les bras de leur mère et de les observer trois années durant dans la même situation. La mère dit que son émotion est différente pour chaque jumeau : facile pour Robert, étrangement difficile pour Rudy avec qui elle ressent une impression de contrainte, de fatigue et d'ennui.

Trois années plus tard, il faudra bien reconnaître que Rudy souffre d'autisme infantile. Le passage des films au ralenti ainsi que l'analyse des séquences de comportement, ont montré avec évidence que, dès les premières semaines, Robert ajustait son corps dans le creux du bras de sa mère, soutenait son regard et répondait à ses sollicitations vocales. Tandis que Rudy rejetait la tête en arrière en se raidissant, évitait le regard, n'ajustait pas ses postures contre sa mère et ne répondait pas à ses invites, créant ainsi, par cette interaction très précocement troublée, un sentiment d'ennui et de très grande fatigue.

Au même moment de son histoire, sur le même corps maternel, Robert avait fait de sa mère une bonne mère, gaie, attentive et légère, alors que Rudy avait transformé cette femme, en mère de devoir ennuyée, fatiguée, pensant à autre chose.

C'est cette mère-là qui avait été décrite en 1943 par Kanner à propos des « mères d'enfants autistes » : cet enfant là, sur cette femme-là avait fait de sa mère une mère d'enfant autiste telle qu'on l'observe régulièrement.

Coutou[37], (1986), p 32 dit : « Ces deux exemples mettent en scène des nourrissons de quelques mois qui, dans leur corps, répondent à ce que leur mère attend inconsciemment d'eux ou revit à travers eux. »

« Un bébé de 2 mois est amené à la consultation pour des régurgitations (renvois) après chaque repas, ce qui angoisse terriblement sa mère. Au cours de la consultation, elle révèlera qu'elle a perdu un frère aîné trois mois avant la naissance de l'enfant et qu'en le voyant sur son lit de mort, elle s'était évanouie, ne pouvant supporter l'odeur des régurgitations de celui-ci. Tandis que la mère raconte cette scène douloureuse, le bébé se met à régurgiter.

Léon Kreisler raconte qu'après avoir évoquer les régurgitations du frère et de l'enfant et d'avoir évoquer les sentiments liés à son frère, l'angoisse de la mère a disparu et les régurgitations de l'enfant ont diminué. » (Coutou, 1986, p31)

« Un bébé de 4 mois de mère martiniquaise est amené en consultation pour constipation.

La mère dit avoir été abandonnée par son premier mari puis par le père de l'enfant. Elle explique qu'elle est heureuse mais lorsqu'on lui demande ce que le bébé évoque pour elle, elle déclare que dans dix ans, il sera devenu un garçon difficile comme son frère aîné et qu'elle devra le surveiller pour qu'il ne devienne pas un voyou. Le bébé n'aurait-il pas devancé l'appel de sa mère et son angoisse d'abandon en retenant lui-même ses selles avant de devenir un enfant de dix ans difficile que cette dernière devra serrer et contraindre ?

On voit bien ici comment les échanges entre un bébé et sa mère sont profondément influencés par ce qu'elle est**,** par ce qu'elle a été avec ses propres parents, par les relations qu'elle a nouées avec les hommes en général et le père de l'enfant en particulier. La qualité du corps à corps, les options éducatives, les projets en portent les traces.

Ce bébé est habité par les fantasmes de sa mère à propos de son propre père et des hommes qu'elle a rencontrés et qui l'ont abandonnée. L'expérience qu'elle a eue avec son premier enfant a aussi son importance. » (Coutou, 1986, p30)

Pour Cyrulnik, (1989), p 90, « La privation de lien pousse le développement d'une personnalité dans une direction qui mène à l'effondrement dépressif ».

---

[37] COUTOU F. (1986), « Affronter l'école », Liana Lévi, Paris, p32

Il explique qu'il a observé « la situation la plus naturelle qui soit : la première fois que la mère prend son bébé dans les bras, tout de suite après l'accouchement. (Il note sur un bébé en carton par une croix l'emplacement des mains de la maman.)

Après avoir ainsi observé un certain nombre de prises en paume, nous avons vu apparaître sur les cartons des quadrillages différents suivant le sexe ! » (Cyrulnik, (1989), p90)

« La poitrine, le ventre, le milieu du dos et les fesses avaient été beaucoup plus touchés chez les bébés filles que chez les bébés garçons et cela dès les tout premiers gestes ! » (Cyrulnik, (1989), p 91)

« Les mères sexualisent la première prise en paume. Les puéricultrices et les professionnels de la naissance n'ont pas sexualisé cette première prise en paume. Pour eux, un bébé est un bébé… garçons et filles sont empaumés de la même manière. » (Cyrulnik, (1989), p 91)

« Les bébés percevront donc un monde maternel différent selon leur sexe : les petits garçons percevront de face l'odeur de leur mère, ses couleurs, ses mouvements et ses vocalisations. (Cyrulnik, (1989), p 91)

Alors qu'une fille percevra sa mère, ses mouvements, sa chaleur et ses sonorités venant latéralement et touchant beaucoup son corps en tous endroits, y compris la poitrine, le bas-ventre, le dos et les fesses. »

Si comme chez les brebis qui refusent de reconnaître leur petit après les premières 24 h suivant la naissance si on le leur a retiré, les premiers moments de la vie sont déterminants dans le processus d'attachement, il se pourrait que l'attachement à la mère soit différent entre les filles et les garçons. Ces observations vont à l'encontre de l'idée généralement admise qui consiste à dire que le lien de la mère avec son garçon serait privilégié.

« Le plus souvent, la production fantasmatique de la mère a des effets bénéfiques sur le développement de l'enfant. Quand l'enfant est attendu (plutôt que désiré), quand la grossesse est valorisée par le regard social, quand le bébé est annoncé par des paroles fières de la famille ou les gestes attendri du mari. » (Cyrulnik, (1989), p 92)

Cyrulnik (1989) indique aussi p 92 **:** « La parole des professionnels possède, elle aussi, un effet organisateur des comportements de la mère. »

Si l'attachement dysconfiant s'amorce dès les premières heures de la vie du bébé, les professionnels de la naissance, par leur action avec l'influence que l'on connaît pourraient

avoir un rôle bénéfique en aidant les mères dans les premiers gestes et sur le plan fantasmatique par une aide psychologique.

Anzieu[38], (1979), rappelle que « Mélanie Klein a forgé l'hypothèse que l'être humain s'organise d'abord autour de deux noyaux « psychotiques », schizo-persécutif vers six mois, dépressif vers huit ou dix mois, noyaux dont l'existence s'est trouvée confirmée par la clinique psychanalytique. Pour elle, la bouche certes compte, comme en témoigne l'angoisse de dévoration mais aussi toutes les parties du corps, qui est loin d'être un corps entier unifié, comme en fait foi l'angoisse de morcellement. Le premier objet mental reste bien le sein maternel. Il représente un ensemble de tous les contenus fantasmatiques connus du bébé…

Pris dans cet univers intérieur tragique, le bébé dispose, normalement, d'un recours, un remède tout-puissant que les mères savent intuitivement donner (quand elles ne sont ni trop pathologiques ni trop déformées par l'instruction) : la présence de la mère, son contact, sa parole, son odeur, sa chaleur, ses soins, ses manipulations, ses jeux, et bien sûr son lait restaurent le bien-être intérieur détruit par le fantasme.

Elle prend le tout-petit dans ses bras, le berce en chantonnant et il se calme, s'endort, c'est à dire qu'il est guéri. »

« Qu'il y ait carence maternelle, que la mère se sente elle-même mise en question dans son être par la venue de son enfant, qu'elle soit fortement culpabilisée et inhibée par tout ce qui se mobilise de fantasmes archaïques, sexuels ou de destruction, à l'égard de cet « objet » à la totale disposition de ses désirs, elle ne remplit plus dans la réalité son rôle de régulateur et le tout-petit, envahi par ses fantasmes et leur cortège d'angoisse, se trouve dévié, retardé, arrêté sur tel ou tel point de son développement biologique, mental, affectif, social, voire même globalement pour tous ces aspects. » (Anzieu 1979, p 146)

« Le portrait des mères de futurs schizophrènes est devenu depuis bien connu : elles élèvent mécaniquement leur bébé, fort consciencieusement mais sans amour, en se défendant de tout ce qu'il pourrait y avoir en elles de mouvements incestueux ou agressifs envers eux ; pourquoi s'étonner qu'ils vivent ensuite comme des enfants machines ?

---

[38] ANZIEU D., psychanalyste, professeur à l'université de Paris-Nanterre dans l'attachement, Zazzo, Delachaux et Nieslé, Paris, 1979, p145

La forme générale de pathologie ultérieure dépend du stade auquel est intervenue la carence de cet environnement nécessaire de soins et d'amour. Si la carence survient avant que le bébé ne soit devenu une personne, elle entraîne la schizophrénie infantile, les troubles mentaux non-organiques, la prédisposition à des troubles cliniques mentaux ultérieurs.

Si la carence engendre un traumatisme chez un être évolué, pour être susceptible d'être traumatisé, elle produit la prédisposition aux troubles pathologiques et des tendances anti-sociales. Si elle survient quand l'enfant cherche à conquérir son indépendance, elle provoque la dépendance pathologique, l'opposition pathologique, les crises de colère. »

« C'est à partir de ces plaisirs premiers que l'être humain peut ensuite accéder à la vie amoureuse et sexuelle génitale adulte ; c'est aussi à partir d'eux qu'il peut accéder à la pensée. » Anzieu (ibid), p 147.

Il insiste sur le rôle de la peau, p 148 : « La surface d'ensemble de son corps et de celui de sa mère fait l'objet, chez le bébé, d'expériences aussi importantes, par leur qualité émotionnelles et par leur effet de stimulation du plaisir et de la pensée, que les expériences liées au fonctionnement des orifices ou à la présence imaginaire d'objets internes étayés sur les sensations provenant des organes internes. La peau se trouve stimulée à l'occasion des soins maternels par les bains, les lavages, les frottements, à l'occasion aussi de portage, des étreintes : ce sont là des stimulations involontaires de la mère.

Mais les mères connaissent bien l'existence des plaisirs de peau chez le nourrisson et, dans leurs jeux, leurs caresses, elles provoquent volontairement ces stimulations. Un échange s'établit entre la mère et son enfant et le bébé, dès qu'il commence à différencier ses perceptions, reçoit ces gestes maternels non seulement comme un plaisir mais comme une excitation générale, mais aussi comme un message : l'apprentissage de la parole est, entre autres, conditionné par l'établissement de communication non-verbales précoces de cette sorte. »

« Ainsi on peut décrire, par rapport à l'attachement, un continuum qui va de la sexualisation de la peau à l'insécurité foncière dans sa propre peau. L'effet principal et normal – au double sens de la moyenne statistique et de la santé psychique – de la stimulation de la peau est le sentiment de sécurité qu'acquiert alors l'enfant. » Anzieu (ibid), p 149.

Anzieu (1979) pense que la première différentiation du moi au sein de l'appareil psychique s'étale sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci qu'il propose d'appeler le moi-peau (p 150).

La qualité de l'attachement mère-enfant et du contact charnel serait donc à l'origine du développement de la pensée et de l'apprentissage de la parole. On en déduit donc qu'un attachement dysconfiant par manque de stimulations corporelles pourrait entraîner un retard de parole et par suite des difficultés d'apprentissage de la lecture.

D'après Bowlby (1978), au cours des premiers trimestres de la vie, il semble probable qu'un enfant ne fait pas de tentatives planifiées pour mettre en œuvre les conditions qui termineraient son comportement d'attachement. Soit il est satisfait ou si elles ne se produisent pas, il est en détresse. A partir de huit mois, il devient plus habile et les buts assignés qu'il choisit, varient, à un moment il veut s'asseoir sur les genoux de sa mère et ne veut rien d'autre ; à un autre, il est satisfait de la regarder par la porte.

Ces schèmes d'attachement varient selon qu'ils comportent ou non une influence plus ou moins grande sur le comportement de la figure d'attachement. La stratégie de l'enfant lorsque en raison de son but, une plus grande activité de la mère est requise, devra inclure des mesures destinées à ce qu'elle se comporte de la façon désirée.

L'enfant va tirer, pousser, donner des ordres : « Vas - t'en ! » ou « Viens ici ! »

Les stratégies peuvent être mal établies en raison du modèle inadéquat pour sa mère.
La compétence de voir les choses avec les yeux de l'autre n'apparaît que vers sept ans.
Un exemple est celui d'un garçon de deux ans à peine qui, ayant été privé de couteau par sa mère, a tenté de lui faire rendre en lui offrant un ours en peluche.

Piaget en 1924 a découvert la difficulté qu'éprouve un enfant de moins de sept ans à voir le point de vue de quelqu'un d'autre. Quand il est mis à l'épreuve, la seule perspective qu'il peut imaginer clairement est celle qu'il voit de son propre point de vue. C'est à cette limitation cognitive que Piaget applique le terme d' « égocentrisme ».

Flavell (1961) a demandé à des enfants de trois à six ans de faire différentes tâches simples. Pour l'une, il s'agissait de choisir dans une gamme d'objets qui allait d'un jouet représentant un camion à un bâton de rouge à lèvres , ce qui serait bien de choisir pour maman comme cadeau d'anniversaire ; une autre consistait à montrer une image à l'envers

pour qu'elle paraisse à l'envers à quelqu'un assis en face ; la troisième était un bâton, doux et mou à un bout et pointu de l'autre : quand le bout doux et mou était dans la main de l'enfant et le bout pointu dans la main de l'expérimentateur, on demandait à l'enfant si le bâton lui paraissait doux (oui), et alors si le bâton était aussi doux pour l'expérimentateur. Pour les enfants de moins de trois ans, il n'y en eut pas plus de la moitié qui réussirent une de ses tâches et pour certaines il y en avait à peine un quart. Parmi les enfants de six ans, tous, ou une grande majorité, ont réussi à répondre à toutes les questions. Il était typique d'un enfant de trois ans qu'il échoue et choisisse le camion pour le donner à sa mère comme cadeau d'anniversaire.

L'égocentrisme affecte le contact de l'enfant avec les autres, que ce soit au niveau verbal ou non verbal. Un enfant de moins de sept ans ne fera guère de tentatives pour mettre en accord ce qu'il a à dire avec les besoins de celui qui l'écoute. Il semble que son présupposé est que tout auditeur connaît aussi bien que lui le contexte et les acteurs dans tout incident qu'il désire relater, et que seuls les détails qui sont nouveaux et intéressants pour lui ont besoin d'être décrits. Il en résulte que chaque fois que l'auditeur n'est pas familiarisé avec le contexte et les personnages, le récit sera incompréhensible.

Ces années là sont celles au cours desquelles un enfant élabore son « image » de sa mère.

L'interaction mère-enfant peut devenir une association s'il y a collaboration et que les deux poursuivent le même but, sinon elle est source de conflit. Dans un couple heureux, chacun y met du sien. Il y a toujours des conflits mineurs, si on ne veut pas céder. La mère voudra que l'enfant reste loin d'elle s'il y a des amis en visite.

A d'autres moments elle voudra qu'il reste près d'elle par exemple dans un magasin ou dans la rue. En l'encourageant ou en le décourageant, parfois en le grondant, en le punissant ou en l'achetant, une mère s'efforce de façon intermittente de réguler la proximité de l'enfant avec elle en tentant de changer les buts assignés de son comportement d'attachement à lui.

Sur un mode complémentaire, l'enfant s'efforce de façon intermittente de changer le comportement de sa mère et sa proximité avec lui; ce faisant, il est probable qu'il adoptera, au moins en partie, certaines des méthodes qu'elle emploie elle-même.

Après trois ans, les demandes de l'enfant tendent à se relâcher et d'autres centres d'intérêt et d'autres activités l'attirent. Son comportement d'attachement est activé moins fréquemment et moins intensément. En fonction de l'accroissement de sa compétence cognitive, il dispose de nouveaux moyens pour y mettre fin. L'amélioration de sa capacité de penser en fonction du temps et de l'espace. Ainsi, pendant des durées de plus en plus grande, un enfant peut être satisfait et en sécurité, même en l'absence de sa mère, simplement en sachant où elle est et quand elle reviendra, ou en étant assuré qu'elle est disponible chaque fois qu'il a réellement besoin d'elle. C'est l'âge de l'entrée à l'école maternelle et la maman devra rassurer l'enfant en lui disant où elle va et quand elle viendra le récupérer. L'enfant doit savoir aussi qu'en cas d'urgence, de blessures, sa mère viendra tout de suite à ses côtés.

« Dans une famille ordinaire où une mère prend soin de son enfant, surtout au cours des premières années, il ne lui arrive rien de mal quand elle lui donne autant de sa présence et de son attention qu'il paraît en désirer. En conséquence en ce qui concerne le maternage, un enfant semble ainsi fait que, si on lui permet dès le début de décider, il peut réguler de façon satisfaisante sa propre « absorption ». Ce n'est qu'une fois atteint l'âge scolaire qu'il peut y avoir lieu de le décourager gentiment. » (Bowlby, attachement, p 472, PUF, 1978)

Pour SOULE et CYRULNIK [39], (1998), p 110 : la mise en évidence, à l'âge de un an, d'un comportement d'attachement avec l'un ou l'autre des parents traduit bien le résultat d'une somme d'interactions qui se sont structurées, chez l'enfant, dans un modèle de travail interne, c'est-à-dire dans une représentation stable de ce qu'il peut ou non attendre de ses proches.

La situation étrange d'Ainsworth est constituée d'une suite de situations au cours desquelles l'enfant âgé d'au moins un an est mis en présence d'un étranger, puis laissé par sa mère avec cette personne, puis retrouve sa mère, qui le quitte une seconde fois. (ibid p 111).

Les réactions de l'enfant à la séparation, et surtout aux retrouvailles sont notées. Elles permettent de classer l'enfant en quatre catégories principales, avec une typologie spécifique

[39] SOULE Michel et CYRULNIK Boris, 1998, « L'intelligence avant la parole », ESF, Paris, p110

de la relation avec chaque parent : le type B, sûr (Secure), est celui qui peut-être calmé rapidement par les retrouvailles.
Ce type d'attachement est mis en relation avec des interactions stables, cohérentes, dans lesquelles le parent représente une base sure pour l'enfant, à partir de laquelle il peut explorer. Ce type d'attachement est significativement attaché à la réussite scolaire, mais aussi à la capacité d'avoir de bonnes relations avec ses pairs, à l'empathie et à l'absence de réactions violentes.

Le type A est dit insécure évitant (Avoidant), du fait que l'enfant évite de regarder le parent ou de s'adresser à lui en situation de détresse ou d'incertitude, ayant intégré au cours des interactions antérieures qu'il ne peut s'adresser avec succès au parent quand il est en détresse ; ceci serait associé à un style d'interaction du genre : « Débrouille-toi tout seul, surtout lorsque tu as besoin de moi ». Le troisième type d'attachement insécure est le type C ou Résistant, dans lequel l'enfant s'oppose physiquement au besoin de réconfort et de retour à la base sûre, alors qu'il donne le sentiment qu'il en a tout à fait besoin.

Ce type d'attachement serait en rapport avec une interaction variable, imprévisible, alternant les capacités à réconforter l'enfant et le refus. La quatrième catégorie est dite D, désorganisée, dans laquelle aucun type discernable n'apparaît. Elle semble bien correspondre aux abus et négligences dans l'interaction. De toutes les catégories, c'est celle qui apparaît la plus proche d'un trouble pathologique, bien qu'on puisse l'observer sans sévices ni carences manifestes.

On observe dans différentes situations cliniques : attachement absent, attachement indiscriminé, inhibé, agressif ou avec des rôles inversés (Zeahah CH., Boris, Sheeringa[40] (1997), p 81-99). C'est la capacité de mise en récit du traumatisme, de façon qui respecte l'expérience émotionnelle, sans clivage, banalisation ni déni, qui permet seule de faire échec à la transmission de génération en génération. Encore faut-il reconnaître le traumatisme pour ce qu'il est, et ne pas fuir sa terrible banalité, sa terrible réalité.

---

[40] ZEAH CH., Boris, Sheeringa, « Psychopathology in infancy », journal of child Psychology and psychiatry, 1997, 38,1, p 81-99).

Les troubles du comportement d'attachement sont de plusieurs sortes. Dans le monde occidental, celui qui est le plus courant selon Bowlby, résulte de trop peu de maternage ou d'un maternage qui provient d'une succession de personnes différentes.

A la Réunion où l'on sait que souvent les jeunes mères confient leur bébé à la grand-mère et que les sœurs sont souvent impliquées dans la garde des enfants, la succession de ces personnes peut entraîner des troubles de l'attachement.

Les jeunes mères qui poursuivent une scolarité au collège ou au lycée et qui ont des centres d'intérêt d'adolescentes, peuvent être trop souvent absentes et ce faisant créer un trouble de l'attachement.

Je pense au cas d'un enfant qui m'a été rapporté par une assistante sociale, que sa mère laissait seul pour sortir avec des copains et pour aller en boîte de nuit.

Cet enfant plus tard était perturbé et avait des difficultés d'apprentissage de la lecture par manque d'attention. Tel autre enfant dont les parents s'étaient séparés, avait été confié à la grand-mère puis avait eu plusieurs « petits pères ». Il avait lui aussi des problèmes d'apprentissage. Les enfants placés en famille d'accueil présentent des profils différents suivant l'âge du placement et les raisons de celui-ci. Mais souvent, ces enfants présentent des difficultés lorsqu'ils arrivent au CP face à l'apprentissage de la lecture.

J'ai observé plusieurs enfants dont les mères sont à la limite de la déficience mentale, et qui sont des enfants très instables, perturbés et en échec scolaire. Un autre dont la mère travaillait beaucoup et ne voyait presque pas son fils, était devenu dépressif et semblait détaché de tout. Un fils de mère dépressive avec des tendances suicidaires et qui quittait la maison fréquemment, avait beaucoup de problèmes de concentration et n'apprenait pas à lire.

Un autre ayant une petite sœur d'un an à peine plus jeune que lui et issue d'un second lit avait été délaissé et semblait « ailleurs » en permanence, il semblait pour son maître incapable d'apprendre à lire.

Les mères alcooliques qui, outre les problèmes purement physiologiques, n'instaurent pas de relation stable avec l'enfant mais au contraire une insécurité constante et des comportements très changeants, sont à l'origine de troubles de l'attachement. Les enfants qui n'ont pas de repères, présentent des difficultés d'apprentissage. Les enfants ayants perdus leur mère, sont perturbés.

Selon Bowlby (1978): Les troubles qui surgissent de trop de maternage sont bien moins courants : ils proviennent non pas de ce qu'un enfant est insatiable à l'égard de l'amour et de l'attention, mais de ce que sa mère a une compulsion à les déverser sur lui.

Au lieu de se laisser guider par l'enfant, une mère qui materne trop prend toutes les initiatives, comme on s'en aperçoit en l'observant de près. Elle veut être proche de l'enfant et le préserver du danger, tout comme la mère d'un enfant qui est trop nourri, est celle qui le gave de nourriture avec insistance.

D'autres troubles du comportement d'attachement, dont il y a de multiples sortes, peuvent être considérés comme dus, non pas à trop ou à trop peu de maternage, mais à des distorsions dans le schème de maternage qu'un enfant a reçu ou reçoit.
Par exemple pour de jeunes mères qui par moments jouent à la poupée avec leur bébé de manière excessive puis s'en détache tout à fait pour aller avec les copines ou leur copain. Certaines mères violentes ont ensuite des regrets et elles s'occupent ensuite à outrance leur bébé. Le bébé ne sait pas alors quelle va être la réaction de sa mère car son comportement n'est pas stable et ne crée pas la sécurité dont il a besoin.

Pour Guilhot[41], (1996), p 14 : « La vie est mouvement d'expansion, d'exploration et d'appropriation ; ce mouvement est senti, ressenti, vécu sous forme de besoins et de pulsions et, à un étage au-dessus, sous forme d'aspirations et de désirs, et au niveau de l'expression, sous forme d'instances créatrices et d'instances relationnelles, et donc langagières. Ainsi, les motions vitales s'expriment à travers des messages vivants et des langages directs, authentiques et véridiques.

Ces motions vitales sont fondamentalement « relationnelles », établissant des relations avec le monde et les êtres qui le peuplent.., relations qui se manifestent dans l'action et la réaction (mobilisatrices du vaste clavier des émotions et des sentiments). Ces motions vitales partent des profondeurs mais aussi des divers niveaux de l'animalité et élaborent la sémiologie du langage personnel, utilisant le langage familial et le langage socioculturel. »

---

[41] GUILHOT J. dans « Psychothérapie, sociothérapie et développement humain », p 14, l'Harmattan, 1996

« Langage et images, émotions et sentiments ne sont pas dissociables dans les entreprises de compréhension et dans les entreprises de réorganisations thérapeutiques et pédagogiques. » (Guilhot 1996, p 16). Il évoque, p 38, un modèle biopsychosocioculturel pour évoquer l'entrelacement de la conscience et des fonctions inconscientes avec un ensemble de combinatoires dans un fonctionnement interactif de la vie intérieure, de la vie relationnelle et des activités créatrices :

-combinatoires de la communication et de la représentation, de la création et de la recréation, de la perception et de l'exécution ;

-combinatoires des fonctions sous-jacentes émotionnelles et affectives, imaginaires et symboliques, cognitives et langagières, psychomotrices et conatives ;

-combinatoires des scénarios intérieurs et de leurs personnages et des systèmes relationnels externes et de leurs protagonistes.

L'attachement entre la mère et l'enfant s'il est dysconfiant, pourrait ralentir cette combinatoire entre fonctions émotionnelles, affectives et langagières.

Coutou (1986) propose un traitement psychologique individuel qui consiste en un étayage que, ni la famille, ni l'école ne peuvent apporter. « A travers une relation thérapeutique, différente par définition de celle qu'ils ont pu établir antérieurement avec leurs parents ou leurs maîtres, ils sont amenés, d'une part à s'interroger sur eux-mêmes, sur ce qu'ils revivent de leurs relations familiales ou scolaires, d'autre part à découvrir certaines des raisons conscientes ou inconscientes qui pourraient être à l'origine de leurs difficultés à apprendre.

En un mot, il s'agit de provoquer un intérêt pour leur vie intérieure et leur mode de relation au savoir. » (Coutou 1986).

On voit bien que les relations familiales antérieures conscientes ou inconscientes peuvent entraîner des difficultés d'apprentissage.

En prévention, dans notre monde où les bébés sont soigneusement déposés seul dans un joli berceau et où de nombreuses mères ne souhaitent pas allaiter pour conserver une belle poitrine, ne serait-il pas utile de favoriser à la maternité le contact corporel et de préconiser des massages des bébés comme cela se fait dans des sociétés traditionnelles comme en Polynésie. Il semble primordial de favoriser l'allaitement des bébés et le contact direct avec la peau entre la mère et son bébé comme cela se fait pour tous les mammifères.

Les conseils des professionnels de la naissance devraient aller dans ce sens afin de favoriser l'attachement mère / enfant. Il faut dire aux mères de continuer à solliciter leur enfant même s'il ne répond pas et d'avoir le plus de contact peau contre peau. Cela est utile pour le contact physique mais aussi pour la vue, l'odorat et l'ouïe afin de rappeler au bébé les battements du cœur de sa mère qu'il a entendu durant 9 mois.

Tous les troubles de l'attachement du fait de distorsions, par trop ou trop peu de maternage vont engendrer un attachement dysconfiant. Cet attachement dysconfiant par les perturbations de la personnalité qu'il provoque, peut entraîner des difficultés d'apprentissage de la lecture car les enfants ne sont pas réceptifs que ce soit par instabilité, manque d'attention, ou détachement.

II: LES PRISES EN CHARGE

II-1-La thérapie comportementale

La thérapie comportementale, c'est l'ensemble des méthodes psychologiques utilisées dans le traitement des comportements inadaptés. Causse, (2006), p 68 signale qu'un rapport de l'Inserm de 2004 note l'efficacité démontrée d'une thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement de l'hyperactivité.

D'après Cottraux[42], (1981), on utilisera :

1- Analyse comportementale comme source d'information pour construire un programme thérapeutique à partir de l'étude des stimuli et des réponses.

2- La définition précise d'un ou plusieurs comportements problèmes, avec le patient, et par une série de mesures aussi objectives que possible.

3-La mise en œuvre d'une ou plusieurs techniques mesurées dans leurs effets sur les comportements cibles.

On pourra travailler l'autocontrôle et l'autogestion.

L'analyse comportementale appliquée permet d'élaborer des techniques pédagogiques et thérapeutiques adaptables aux besoins de chaque individu. L'approche comporte cinq étapes : le recensement des moyens dont dispose l'individu pour diminuer ses problèmes ; l'élaboration d'un programme en vue de réduire un comportement indésirable et de renforcer un comportement positif de substitution ; l'application de ce programme en tenant compte des principes comportementaux ; le suivi des progrès accomplis ; et, la modification du programme en cas de nécessité. Avec des enfants hyperactifs, on fera de la métacognition, et on mettra en place des contrats pour l'amélioration des comportements observables. Il faudra positiver les progrès et accorder des récompenses.

---

[42] Cottraux J., (1981), « Psychosomatique et médecine comportementale », Masson, Paris, ,

II-1-2-La thérapie familiale

Si l'efficacité de la psychanalyse n'est pas démontrée en ce qui concerne l'hyperactivité, selon Causse (2006), p 69 : « Les psychothérapies familiales ont fait la preuve de leur efficacité ». On essaiera au travers d'une thérapie familiale de reconstruire du lien, de l'attachement sécure. Il faudra ajuster les conduites éducatives aux besoins de l'enfant.

La tâche thérapeutique consiste à obtenir de la famille une confirmation de la construction du lien, en la poussant à faire appel à ses souvenirs. Il s'agira aussi d'analyser les comportements et les réactions à ceux-ci. Ce processus crée des modifications endo-psychiques qui guident l'intervention thérapeutique.

Pour l'hyperactivité avec attachement dysconfiant, la thérapie familiale devra permettre de trouver ce qui est caché, de réunir les éléments en un tout et de le communiquer.

Elle devra à partir du récit, aboutir à la signification réelle de l'acte vécu par le sujet.

Le mode d'expression chez l'enfant peut varier, il s'exprimera, par le jeu, le dessin ou le modelage, par l'improvisation dramatique, plus volontiers que par la parole.

L'interprétation se fera en faisant appel aux souvenirs. On favorisera la construction du lien entre la mère et son enfant par l'expression des frustrations endurées dans l'enfance du fait d'un attachement « insécure », dysconfiant.

II-1-3- Les thérapies par le corps

Anzieu (1979) insiste sur le rôle de la peau, p 148 : « La surface d'ensemble de son corps et de celui de sa mère fait l'objet, chez le bébé, d'expériences aussi importantes, par leur qualité émotionnelles et par leur effet de stimulation du plaisir et de la pensée, que les expériences liées au fonctionnement des orifices ou à la présence imaginaire d'objets internes étayés sur les sensations provenant des organes internes.

La peau se trouve stimulée à l'occasion des soins maternels par les bains, les lavages, les frottements, à l'occasion aussi de portage, des étreintes : ce sont là des stimulations involontaires de la mère.

Les mères connaissent bien l'existence des plaisirs de peau chez le nourrisson et, dans leurs jeux, leurs caresses, elles provoquent volontairement ces stimulations. Un échange s'établit entre la mère et son enfant et le bébé, dès qu'il commence à différencier ses perceptions, reçoit ces gestes maternels non seulement comme un plaisir mais comme une excitation générale, mais aussi comme un message : l'apprentissage de la parole est, entre autres, conditionné par l'établissement de communication non-verbales précoces de cette sorte. »

Anzieu (1974), p 149 : « Ainsi on peut décrire, par rapport à l'attachement, un continuum qui va de la sexualisation de la peau à l'insécurité foncière dans sa propre peau. L'effet principal et normal – au double sens de la moyenne statistique et de la santé psychique – de la stimulation de la peau est le sentiment de sécurité qu'acquiert alors l'enfant. »

Il pense que la première différentiation du moi au sein de l'appareil psychique s'étale sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci qu'il propose d'appeler le moi-peau (Anzieu 1974, p 150).

On utilisera des massages, de la relaxation pour améliorer le relâchement et la prise de conscience du schéma corporel.

Le travail en balnéothérapie sera aussi très profitable car l'agitation s'opposera à la force de l'eau. Ca sera l'occasion de se libérer et de se défouler mais aussi de contrôler ses mouvements.

L'équitation pourra être très salutaire car elle va confronter l'agitation de l'enfant à la volonté du cheval.

Le théâtre, le mime et l'expression corporelle seront très intéressant pour l'enfant hyperactif et comme aide pour réguler son comportement. Cela pourra être aussi l'occasion pour lui de bouger, parler fort dans un cadre valorisant.

II-1-4-Le traitement multimodal

Il faut mettre en œuvre une aide psycho-éducative :

-pour la famille: guidance, groupe de parents, techniques et attitudes éducatives, thérapies.

-pour l'enfant: thérapie cognitivo-comportementale, avec système de récompenses (travail des limites, des sanctions). Il faut lui apprendre des comportements avec des images de situations, à ne pas réagir tout de suite. Est-ce que tu peux freiner ton comportement? On l'aide à construire des images mentales. On commence des rééducations orthophonique et psychomotrice.

Il faut faire l'anamnèse et tenir compte de l'histoire du sujet mais aussi de son comportement et du rôle de chaque intervenant dans l'environnement de l'enfant. Les manifestations extérieures actuelles sont à prendre en compte. Il faut analyser les stratégies de défense et de contrôle mises en place par le sujet mais aussi celles de l'enseignant et de la famille. Il faut aider l'enfant à se réguler. L'hyperactivité même si son origine est génétique serait amplifiée par un processus d'attachement dysconfiant. L'enfant n'aurait pas la base de sécurité nécessaire à son développement harmonieux. La mère ne proposerait pas ce que Bion[43] (1962) appelle la fonction alpha, une base confiante capable de synthétiser les éléments bétas (les contenus toxiques psychiques du bébé). La fonction alpha serait la capacité d'interprétation de la mère et le degré de tolérance à la frustration du nourrisson qui vont permettre à ce dernier de développer la trame de l'appareil psychique. La mère devant dédramatiser la situation pour l'enfant et à travers un sentiment de confiance être une bonne mère. Une fuite dans l'agir serait alors un mécanisme de défense, un empêchement de penser ses manques et ses difficultés.

L'approche multimodale selon le Dr Jolicoeur[44] (2004), devra comprendre un niveau global et un niveau particulier.

---

[43] BION W. (1962), *Aux sources de l'expérience*, PUF, Paris, réédition de1979

[44] JOLICOEUR, L'hyperactivité chez l'enfant : symptômes, diagnostic, traitement http://www.deficitattention.info/DAenfance.html

Au niveau global :

- Réduire le nombre de stimuli / le niveau de stimulation dans la plupart des activités où il y a risque d'excitation et débordement pulsionnel, en particulier en fin de journée, en soirée, en vue de préparer le sommeil.
- L'enfant très actif (plus il s'excite, plus il a d'énergie) ne sent ni la fatigue ni le besoin de sommeil, mais doit quand même se résoudre à un rituel assez fixe, pour retrouver un rythme biologique plus serein.
- L'activité la plus stimulante demeure toutefois la vie de groupe/fratrie, où la recherche d'attention entraîne rapidement une rivalité excessive avec les pair(e)s. Le retrait social devient alors un bon remède que, d'ailleurs, l'enfant lui-même recherche lorsque sa tolérance sensorielle se trouve dépassée.

Au niveau particulier :

- 1. Avant tout, une démarche avec l'enfant, les parents, les enseignant(e)s pour reconnaître, comprendre et accepter le problème.
- 2. Ensuite, évaluer et traiter chaque malaise selon sa gravité :
- a) *Déficit d'attention et agitation :*
- Encadrement pédagogique ;
- Conseils continus aux parents/enfant ;
- Médication, genre méthylphénidate (ritaline ou générique PMS), si nécessaire.
- b) *Caractère d'opposition, dépassement des limites et refus des consignes :*
- Thérapie comportementale et cognitive ;
- Grille de récompenses et Contrats personnalisés.
- c) *État anxiodépressif plus ou moins situationnel :*
- Thérapie psychoaffective, en particulier, sur l'estime de soi.
- d) *État névrotique :*
- Thérapie dynamique individuelle ou familiale.
- e) *Troubles résiduels :*
- Évaluation orthopédagogique; éducation des habiletés sociales, au besoin.
- 3. Parents: groupes de soutien, comme "Panda" (Parents aptes à négocier le déficit d'attention).

III- IDENTITE REUNIONNAISE ET HANDICAP

III-1- LE HANDICAP A LA REUNION

La société réunionnaise pluriethnique s'est constituée à partir d'hommes et de femmes venus de France, d'Afrique, de Madagascar, d'Inde et d'Asie pour peupler l'île Bourbon, alors vierge de toute présence humaine.

A la Réunion on utilise beaucoup de surnoms pour désigner les personnes handicapées.

Un muet en créole c'est un « parle pas ». Une personne de faible vue portant des lunettes va être appelée « quatre zyeux ». On dira pour un aveugle : « ça n'a point le zyeux » ou « ça y voit pas » ou encore « son zyeux lé morts ». Pour un cul de jatte on dira : « la patte l'est coupée » ou « boug la n'a point la patte ».

Les caractéristiques physiques et le phénotype sont imagés et donnent souvent naissance à un surnom : « ti paul », « gros sinoua », « gros femme seveux rouges », « grand pierre », « zyeux tords », « gros tête », « ti patte », « gros boug blanc », « ti caf », « grand malbar », « zarab barbu », « grand blond », « long zoreil », « ça n'a un tas caca moustique sur son figure », « tonton moustache », etc…

Ces caractéristiques par la langue, via le surnom prennent part à l'identité des individus. Quelquefois on rajoute à cela une identité de lieu : « ti Caf Saint-Gilles », « gros Malbar Saint-Louis », « grand Yab Tampon », « parle pas grande montée », « Malbar y marche en fauteuil dans le bas la rivière », « ti Cafrine Saint-Leu », « zaveugle ti serré à Cilaos », etc…

Ce ne sont pas des remarques racistes mais des caractéristiques des identités en créole. Pour la psychologie sociale, il n'y a pas de séparation entre l'homme et le social. Tout est lié. On appelle Pôle ternaire l'interaction entre un individu et une réalité extérieure: cette interaction est socialement médiatisée. Cette médiation sociale est très importante.

De même les métiers entrent dans l'identité des réunionnais : « grand Caf pêsseur bichique Bras Panon », « gros Malbar mécanicien la Saline », « gros Yab planteur salade Dos d'âne », « ti bazardier Zarab la Fontaine », « gros Sinoua la boutique Bois de nèfles », « ti Zoreil y fait l'école Guillaume »etc…

Un des mythes fondateurs de la culture réunionnaise est l'histoire de « grand'mère Kal » que la commune de Saint-Paul a remis en lumière pour contrer la fête d'halloween n'ayant aucune racine culturelle et étant importée de la culture américaine par les médias. Cette légende de « Kala » est issue d'une guérisseuse qui s'est transformée en sorcière et fait peur aux enfants accompagnée de son chat. « Gran'mère Kal Kélèrilé ? ».
Gran' mère Kal est schématisée sous forme d'une sorcière avec son chat. Son histoire est ancrée dans la conscience réunionnaise.

Une étudiante réunionnaise de 3ème cycle rapporte qu'elle n'ira pas à cette fête : « Nous, on ne joue pas à Grand-mère Kal, j'ai une amie qui l'a entendue passer à côté d'elle et une autre qui l'a vu un soir. » La croyance en « Gran'mère Kal » fait partie du noyau central des croyances réunionnaises, c'est une évidence pour eux. A la périphérie, on peut aller à la fête, on s'en amuse mais on y croit quand même. Un pêcheur à la dynamite, « ti-bras » a perdu son bras à cause d'elle un soir alors qu'il s'apprêtait à jeter un bâton de dynamite récupéré sur un chantier. Le bruit l'aurait empêché de lancer la dynamite à temps et depuis il ne pêche plus.

Tout le monde sait qu'il est handicapé mais la plupart du temps, il cache son moignon par peur du regard des autres. Son handicap a changé sa vie et est devenu facteur identitaire puisque depuis on l'affuble du surnom de « petit bras ».

Au niveau social, il y a reconnaissance du principe de compensation avec l'AAH (allocation d'adulte handicapé), la carte d'invalidité pour les transports, le cigle pour le stationnement et tous les aménagements urbains favorisant l'accessibilité, l'obligation de recruter des handicapés, etc...

Au niveau intra individuel, l'histoire de chacun est différente suivant son handicap, s'il est de naissance ou consécutif à un accident. Pour Yanis handicapé de naissance et devant subir de multiples opérations des os et de la colonne vertébrale : « Ca l'est pas juste, pourquoi ça la tombe sur moi ? Ko ça mon moman l'a fait ? Sans manquer n'a un l'a gratte ti-bois. »

« Moi l'a envie de pleurer. Y fait mal. » Son handicap pense t-il a une origine dans une mauvaise action ou un mauvais sort jeté sur sa mère. Pour lui le sentiment d'injustice est terrible et renvoie à quelque chose de mystique.

Dans la culture créole faite de nombreuses croyances pour certaines personnes, le handicap n'apparaît pas comme une erreur génétique mais comme quelque chose de mystique trouvant son origine dans un mauvais sort, une malédiction ou une cause extérieure.

Un autre jeune adulte handicapé moteur ayant des difficultés à utiliser un bras et paralysé des jambes, se déplace en fauteuil. Il ne travaille pas mais une association lui a construit une case sur un terrain cédé par ses parents. Loin d'être esseulé, beaucoup de jeunes se retrouvent chez le « marmaille handicapé ». Il raconte : « Zot y aime à moi, Moi n'en a la case et la monnaie, zot y en profite sur moi ». Il tombe dans l'alcoolisme avec beaucoup de « camarades la rak » Il est non seulement identifié comme handicapé mais comme une personne qui a quelques petits moyens et facile à manipuler.

La représentation dans le champ de la psychologie sociale se trouve « à la jointure de l'individuel et du social » Laplantine[45], in JODELET (1989). En d'autres termes, d'après Latchoumanin[46], (2002), il n'y aurait pas de frontière étanche entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu. Les représentations sociales en tant que système d'interprétation dans lequel s'organisent les relations au monde et aux autres, détermineraient aussi bien les conduites que les communications sociales (Ehrlich, 1985).

L'étude des représentations sociales du Handicap, consistera donc à :

L'association libre :

---

[45] LAPLANTINE « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie », dans JODELET, (1989), Folies et représentations sociales, Paris, PUF, p 278)

[46] LATCHOUMANIN M., (2002), travaux et documents n° 18, décembre 2002, p15

« Elle consiste à partir d'un mot inducteur ou d'une proposition à demander au sujet de produire tous les mots ou expressions qui lui viennent à l'esprit. » Abric.

Les consignes :

Lorsque vous entendez le mot « handicapé », quels sont les cinq mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit ?

Maintenant, classez-les dans l'ordre d'importance que vous leur accordez.

Mettez le chiffre 1 devant le plus important pour vous, puis le chiffre 2 et ainsi de suite par ordre d'importance décroissante.

Tableau I : Résultats d'une mini enquête sur la représentation sociale de l'handicapé:

	Importance	
	Grande	**Faible**
Fréquence Forte	**1-Zone du noyau** Immobilité (Dépendance Quelqu'un qu'on doit aider, nécessiteux) physique	**2-1ère périphérie** fragile mental moteur
Fréquence Faible	**3-Eléments contrastés** différence Accident	**4-2ème périphérie** Génétique Naissance Politique Malheur

Le handicap est donc perçu comme : physique, Immobilité, Quelqu'un qu'on doit aider, qui est dépendant. On pense aussi qu'il peut être mental ou consécutif à un accident.

Il peut y avoir des individus à la marge de la société comme en témoigne cet article.

LE PORT

Ils agressent un handicapé

Un handicapé âgé est venu porter plainte mercredi au commissariat du Port : dimanche, deux de ses voisins ont pénétré à son domicile, l'ont frappé et lui ont volé un vélo et un téléphone portable. Les policiers ont interpellé les deux agresseurs, Cédric Cavaille, 24 ans, et Olivier Thomas, 20 ans, qui devaient être jugés hier matin en comparution immédiate pour vol avec violence et violation de domicile. Mais le duo a demandé un délai pour préparer sa défense. Il sera donc jugé le 27 octobre. En attendant, les deux jeunes hommes ont été placés en détention provisoire.

Article du JIR le30 /09/2006

Certains jeunes n'hésitent pas à attaquer un vieil handicapé pour lui voler son vélo et son GSM. Pour certains, le handicap n'inspire pas quelqu'un qu'on doit aider mais un faible dont il faut profiter.

La culture donne forme à l'esprit. Notre façon de catégoriser est le reflet de notre culture. A la Réunion, la transmission des savoirs s'est faite de manière orale et par monstration, on utilise prioritairement une catégorisation naturelle et on retrouve des similitudes avec les traits propres aux sociétés dites primitives dans lesquelles on utilise une logique naturelle.

Il existe dans les sociétés traditionnelles des schèmes de pensée rationnels et que, à l'inverse, nos sociétés connaissent des processus symboliques tout aussi importants.

A la Réunion pour désigner des personnes ou pour les insulter on les compare souvent aux animaux : « Gros tête bœuf », « tête cochon », « espèce caméléon », « ti-pierre l'endormi », « Gros zyeux l'endormi », « le nez pareil papangue », « espèce mouche charbon », « vers blanc », « lu marche en crabe », « lu l'a filé comme un couleuvre », « y bouge comme serpent », « lu lé un requin », « son dent pareil le chien » pour un petit bébé on pourra dire « lu lé comme un crevette » ou encore « lu n'a un tas cacas moustiques » pour dire des tâches de rousseur ou « coco fromage » pour un crâne chauve ou bien blanc.

L'identité peut être aussi le partage de certains traits particuliers : par exemple, des traits qui réfèrent à des caractères physiques ou même à des qualités abstraites (courageux). L'identité et la séparation dépendent donc d'attributs particuliers spécifiques aux êtres comparés, et du « niveau d'abstraction et de contexte » auquel on se place.

Souvent à la Réunion on pense que le handicap est le fruit d'une malédiction ou d'une pratique occulte, d'un sort.

Dans les hauts de la Réunion, un couple de « Rasta » ne parle pas à leur enfant de sa maladie génétique qui est une forme de nanisme et disent « Bon Dieu l'a donné », ils refusent un soutien psychologique à leur enfant qui se pose beaucoup de questions par rapport à sa taille et à son âge.

Le chauffeur du bus a dit devant lui qu'il devrait y avoir un transport spécial pour les enfants comme lui. Il dit en montant sur une chaise : « C'est bien d'être grand. » Il commence à se renfermer en voyant qu'il ne peut pas jouer au ballon comme les autres.

L'acceptation d'un handicap est pourtant une phase essentielle car le regard des autres et la comparaison des pairs montrent les différences et il s'agit pour cet enfant de les accepter. Pour les parents, il n'y a pas de facteurs génétiques mais mystiques.

La culture, c'est l'ensemble des comportements, des savoirs et savoirs faire spécifiques à un groupe humain. C'est ce qui est partagé par l'ensemble de la population. Elle se transmet par l'éducation parentale et l'éducation scolaire. Le conte est le vecteur du mythe fondateur d'une société d'où découlent les codes, les règles, le bien, le mal et les interdits. Le mythe de Gran'mère Kal est très présent à la Réunion et certains pensent qu'elle peut être à l'origine d'un handicap.

On a gommé la culture des esclaves en les empêchant de parler leur langue et de pratiquer leur religion. En trois cents ans, une culture réunionnaise s'est formée. Les gens ont apporté chacun des ingrédients pour former une culture originale dans laquelle on ne peut plus reconnaître les apports malgaches, africains, européens, indiens, etc…

Le basculement de l'identité de personne ordinaire à celle de personne handicapée est un moment difficile qui nécessiterait un accompagnement psychologique.

A la Réunion où les gens sont très croyants, on dit souvent que c'est le bon dieu qui est responsable. « Bon Dieu l'a donné ! Ko ça ou veut y fait ! »

A la Réunion, on utilise une catégorisation naturelle que l'on retrouve dans le nom créole donné à certains handicapés : «Malbar ti-bras pêcheur Saint-Gilles », « Caf zyeux morts Petit serré », « Yab n'a qu'un patte Salazie», « Marmaille y gagne pas assise », « Marmaille y bouge un tas », etc…

Les personnes handicapées sont bien acceptées et tout le monde connaît des handicapés mentaux qui se promènent en ville et pour lesquels on dit : « Fais pas un compte avec lui ça l'est gazé, son tête pas bon ».

L'identité est conditionnée par les valeurs véhiculées par le créole. Le langage imagé donne l'orientation symbolique de la culture.

Ainsi dans chaque culture, les individus qui font partie de cette culture partagent une même catégorisation du réel.

Hamon et Parmentier[47] (2002) ont montré que les processus cognitifs varient d'une culture à une autre et qu'il y a une transmission des parents aux enfants. A la Réunion, on utilise la catégorisation naturelle.

Le handicap est donc perçu comme : Physique, Immobilité, Quelqu'un qu'on doit aider, qui est dépendant, ou le résultat d'un Accident et parfois comme handicap mental ou différent.

Le conseil général a mis au point un carnet de réductions pour les handicapés qui permet d'accéder à diverses activités culturelles : cinéma, musées, bibliothèque, etc…

En ville on aménage des passages rabaissés et des accès spéciaux aux bâtiments publics. On prend en compte l'accessibilité dans la rénovation des écoles. Pour le TDAH, la compensation pourra être l'aide d'une auxiliaire de vie en classe.

---

[47] PARMENTIER M.C. et HAMON J.F., (2002), Contexte culturel et différentiation cognitive, Bulletin de psychologie, 55 (4), n°460, p. 337-348.

En inscrivant tous les enfants handicapés dans l'école de leur quartier, on a une volonté politique d'intégration. On veut modifier la norme et favoriser de nouvelles représentations puisque jusqu'alors ils étaient souvent en établissement spécialisé.

A la Réunion, il y a une entraide qui est mise en œuvre chaque fois que les médias ont engagé une action auprès d'enfants handicapés qui devaient aller se faire soigner en métropole. On a aussi vu plusieurs personnes porter un handicapé jusqu'au piton des neiges.

III-2- Les représentations sociales de l'hyperactivité

L'hyperactivité est devenue dans les pays d'occident un phénomène de société et une représentation collective de la maladie s'est crée. Les émissions de télé et reportages sont nombreux ainsi que les articles de journaux. Elle peut être considérée comme un symptôme sans pour autant négliger les influences génétiques.

Le symptôme regroupe des systèmes de défenses et des stratégies opérationnelles tant par rapport aux réalités de la vie intrapsychique que par rapport aux données de la vie relationnelle et des activités créatrices externes. De fait si la couleur des yeux ou la forme du nez n'évoluent pas dans le temps, il est des troubles qui se manifestent plus ou moins tardivement et souvent par à coups. Si nous considérons l'enfant aux origines de la vie, nous observons la vie intra-utérine puis le « traumatisme de la naissance ». Fonctionne aussitôt le reflexe de succion (premier stade oral de Freud) et se forme la relation du nourrisson avec sa mère. Le nourrisson enregistre la voix, le visage et les comportements de sa mère. En fonction des réponses à ses appels, se constitue le phénomène de l'attachement, attachement sécure confiant ou plus ou moins insécure, plus ou moins dysconfiant.

Mais déjà interviennent société et culture. L'enfant emmailloté est déjà prisonnier de la société. La mère s'occupant de son enfant reproduit souvent les gestes de la grand-mère. Elle suit les conseils prodigués par son entourage.

Par exemple, pendant des années on disait qu'il fallait coucher les bébés sur le ventre alors qu'aujourd'hui on dit de les coucher sur le dos. Autrefois, les femmes portaient leur enfant sur le dos attachés dans un morceau de tissu alors qu'à présent les bébés sont le plus souvent dans une poussette. Chez les Aztèques le crâne de l'enfant était déformé par des planches. En chine un empereur fabriquait des monstres. Au japon, on bandait les pieds des jeunes filles pour qu'ils restent de petite taille. On met des anneaux au cou de filles africaines pour qu'elles aient de longs cous. On pratique circoncision et excision. On perce les oreilles des jeunes filles avant le baptême pour leur mettre des boucles d'oreilles. A Sparte on laissait les nourrissons mâles sur les rochers pour ne garder que les plus résistants. Dans les régions où sévissent les famines, les jeunes enfants connaissent le supplice de la faim.

Aux besoins alimentaires, aux besoins d'un amour attentif et protecteur, aux besoins de geste de tendresse, la mère apporte des réponses plus ou moins modelées par les sociétés et les cultures. L'enfant pénètre dans le monde de la langue maternelle qui peut-être la langue des signes pour l'enfant sourd. Double adaptation de l'enfant aux modes de communication de l'adulte et inversement. C'est dans ce contexte que s'éveillent plaisir oral, plaisir anal et plaisir génital. Mais plus ou moins précocement interviennent les dressages imposés par les cultures et les religions.

Sexualité et érotisme font leur rentrée dans la vie, encadrés par les besoins de sécurité, les besoins alimentaires et les besoins d'amour.

Très tôt se développent les systèmes de défense et les stratégies opérationnelles. Entre l'amour et la haine, entre les petites et les grandes frustrations, les petites et les grandes gratifications. Les pulsions agressives, les sentiments de rivalités meurtrières, les désirs de mort sont orientés, contrôlés par l'éducation familiale mais aussi par l'éducation sociale. L'espace de vie de l'enfant ne cesse de s'élargir. La famille et les proches, l'école, la rue, les lieux de sport, de la culture, de la religion et des loisirs divers.

Le besoin de valeurs et donc de valorisation, s'organise et se développe entre narcissisme et modèles de réalisations exemplaires où la culture a naturellement son mot à dire. On ne saurait trop souligner ici la peur de la dévalorisation, de l'humiliation, de la honte, de perdre la face.

En fonction du type d'attachement, la protection de la famille peut devenir un refuge qui s'oppose à l'intégration sociale et socioculturelle. D'autres milieux refuges peuvent aussi s'offrir à l'enfant puis à l'adolescent : milieux à caractère religieux, ethnique ou politique.
Tous les régimes et notamment les plus autoritaires s'efforcent de séduire, d'embrigader la jeunesse et ce souvent contre la famille : Jeunesse hitlériennes, fascistes de Mussolini, jeunesse de Staline, Mao, ou Pol pot. Toutes les couleurs de chemises ont été utilisées : rouges, noires, brunes, blanches… A La Réunion, les enfants esclaves étaient souvent séparés de leur famille et vendus comme des meubles. Les enfants devaient être dociles et il en est resté qu'aujourd'hui, un enfant bien élevé est un enfant sage qui « ne ravage pas ».

Freud a orienté notre attention sur les conflits intrapsychiques, conflits œdipiens et conflits préœdipiens. Conflits entre le ça (réservoir des pulsions) et le surmoi généré par l'identification aux injonctions de la mère et à la loi du père.
A la Réunion, la loi, c'était la loi du maître. Les mères ne parlent pas trop aux enfants et restent souvent sur le mode injonctif. A présent, dans les familles mono parentales le père est souvent dévalorisé.

Mais derrière ces injonctions et cette loi, ce sont en grande partie les sociétés et les cultures qui dictent à l'enfant les conduites et les attitudes de connaissance qu'il doit adopter. Naturellement des conflits se multiplient avec la multiplication des systèmes d'appartenance et les systèmes d'identifications. La pratique des religions des esclaves puis des engagés était interdite.

Il reste sans doute à réaliser une synthèse judicieuse mais difficile entre trois sources de causalités :
-La causalité génétique de l'hyperactivité
-la causalité psychologique au niveau des productions de la conscience ; mais telle qu'elle est enveloppée par une causalité psychosomatique en lien avec l'attachement dysconfiant;
-la causalité de l'environnement naturel et culturel, matériel et virtuel de La Réunion.
Entre ces pôles le sujet est appelé à se produire lui-même. De fait, l'activité et la productivité des diverses fonctions se combinent : fonctions cognitives, symboliques, créativité intellectuelle ; fonctions émotionnelles et affectives qui englobent les fonctions sexuelles ; fonctions imaginaires, et fonctions conatives qui mettent en cause le tonus mental et le tonus physique.

Ainsi, l'homme ne maîtrise-t-il que partiellement son destin personnel et la destinée collective. L'individu demeure prisonnier de ses propres productions singulières, et les sociétés des institutions et des créations matérielles, naturelles et culturelles qu'elles sécrètent.
Ainsi en est-il de l'attachement et du détachement par rapport à la dépendance et à l'indépendance ; par rapport à l'appartenance et à la non-appartenance ; par rapport à l'autonomie, l'autonomisation d'un côté et la tutelle ou la mise sous tutelle d'un autre côté ; par rapport à l'allégeance, la vassalité et la soumission d'un côté face à l'affranchissement et l'insoumission d'un autre côté.
Ainsi en est-il de l'hyperactivité par rapport aux diverses formes de psychomotricité et de verbomotricité dans la mouvance de la poussée sensorimotrice. Un actif n'est pas un agité suivant les cultures et les milieux de vie. Les enfants turbulents ou trop remuants ne sont pas donnés en exemple.
Nous devons considérer l'hyperactivité et l'attachement dysconfiant dans une perspective globale qui donne sens à ces derniers. D'un côté nous devons prendre en compte le besoin de sécurité, le besoin d'amour sécurisant et d'un autre côté l'instinct d'exploration.

C'est là que se rejoignent le désir et le plaisir du mouvement, la recherche d'un territoire à occuper seul ou ensemble, la recherche de nourriture mais aussi des gratifications sensorielles, sensorimotrices et sexuelles. L'enfant se met en quête des partenaires qui sont à la fois des complices et des rivaux, des frères et des adversaires. Mais la vie en appartement où l'on doit rester entre quatre murs une bonne partie du temps met en évidence l'hyper-kinésie. Le développement des jeux vidéo et des clips dans lesquels se succèdent beaucoup d'images favorisent le désintéressement et le manque d'attention vis-à-vis de la lecture et souvent les parents nous disent que leur enfant reste tranquille devant son jeu vidéo.
L' « ordre des phénomènes » surnommé « représentation collective » par Durkheim (1898) est à l'origine du concept de représentation sociale.

Dans la société réunionnaise se crée une représentation sociale de l'hyperactivité.

Selon DOISE en 1966 : *« Les représentations sociales occupent une place particulière entre le CONCEPT ayant pour but d'abstraire le sens du réel et de l'IMAGE reproduisant le réel de manière concrète »* On voit que l'objet « hyperactivité » donne lieu à une représentation sociale.

Les représentations sociales forment un ensemble d'éléments cognitifs se rapportant à des objets.

Selon Gergen et Jutus[48],(1992), p 387 : « Pendant longtemps, on a considéré que la maladie physique était d'origine purement biologique. Les recherches sur des variables psychologiques associées à la maladie et au bien être, ont fortement remis en question ce point de vue. Trois aspects ont été particulièrement bien étudié, le stress, l'effet de deuil et la personnalité de type A ou B. »

D'après Moscovici[49], (1984) : « La plupart d'entre nous se préoccupent de leur santé et sont disposés à prendre des mesures préventives qui leur garantissent qu'ils restent en bonne santé et ne tombent pas malades. De toute évidence, notre attitude à cet égard n'est pas strictement rationnelle. Sinon, il n'y aurait guère de gens qui fument des cigarettes.

Les gens, de façon générale, semblent croire que les maladies courantes ne sont pas graves et que les maladies graves sont très rares.

En considérant si une maladie peut être évitée (par exemple une maladie contagieuse ou infectieuse), ils tiennent compte de ces estimations subjectives de risque et de gravité, ce qui peut être absolument erroné en fait. De telles croyances sont inséparables de la maladie.

En ce qui concerne l'hyperactivité, si tout le monde est d'accord pour considérer en réunion que c'est une maladie, il en va autrement sur le terrain car on a souvent des difficultés à prendre de la distance face à un enfant sans arrêt en mouvement et manquant totalement d'attention.

D'autre part en interrogeant les enseignants qui disent s'en préoccuper, un grand nombre considèrent que l'enfant ne fait pas d'efforts de concentration. Il y a donc un décalage entre les déclarations et les pratiques.

Moscovici cite un autre exemple p 310 : « L'effet de *primus inter pares* (PIP) dont Codol a rendu compte en 1976. Dans une série d'études, il a montré que nous semblons tous nous juger meilleurs que la moyenne des autres gens, ce qui évidemment est impossible. Selon Codol, cet effet est une manifestation de la tendance humaine très fondamentale et très motivée d'être en même temps semblable aux autres et différents d'eux. »

---

[48] Mary et Kennerh J Gergen et Sylvie Jutus, (1992), dans « Psychologie sociale », 2ème édition chez Vigot, p387

[49] MOSCOVICI, (1984), « Psychologie sociale », PUF, p 309

On entend des critiques à tout va : qui sur l'enseignant, sur l'AVS, la municipalité ou sur l'éducation nationale et tout le monde a un avis à donner sur la façon de faire et pense qu'il fait de la meilleure façon.

L'étude des représentations permet de mettre en évidence que la pensée sociale élabore la réalité selon différents modèles. Dans le domaine de la santé, Laplantine estime qu'elle peut-être considérée d'après plusieurs modèles : maladie exogène / maladie endogène ; modèle épistémologique / biomédical ; psychologique ou relationnel ; modèle des systèmes thérapeutiques.

Les représentations sociales sont en quelque sorte des théories « naïves » ou « implicites ». Elles permettent d'appréhender la perception du monde qu'ont les individus et les groupes sociaux. C'est une vision fonctionnelle du monde: une reconstruction de la réalité. Il y a un aspect opérationnel très important: c'est un système d'appréhension qui filtre ce qui vient du monde extérieur, une grille de lecture.

Lorsque l'on parle de l'hyperactivité, le comportement qu'on aura dépendra de la représentation individuelle qu'on a de la maladie et en même temps notre vision dépend de la valeur dans le groupe d'appartenance.

Selon que l'on travaille à l'hôpital ou que l'on est enseignant, il pourra y avoir des aspects privilégiés : les soins pour le premier et la nécessaire soumission à l'autorité pour les seconds.

Le malade connaît les effets de la maladie et la souffrance alors que les autres n'en connaissent que les signes extérieurs. Un parent me disait : « Il faut avoir un enfant hyperactif pour pouvoir en parler ! »

Il apparaît que l'agitation, le manque d'attention, l'impulsivité, la maladie, etc…, semblent faire partie de ce que l'on entend le plus souvent, du noyau central. On peut y rajouter le coût, ou le prix pour la société car on a recours à une AVS que l'on voudrait à plein temps. La nécessité d'une AVS à plein temps est une question récurrente du maître référent car la mise à disposition de moyens humains est restreinte.

Les représentations sociales sont toujours rattachées aux caractéristiques socioculturelles de l'individu.

Une représentation sociale est la représentation d'un objet, l'hyperactivité, partagée par les membres d'une population donnée, pour nous quelques enseignants à La Réunion.

L'ancrage sociologique se traduit par un mélange d'opinion commune à tous les groupes et d'opinions spécifiques à certains groupes sociaux (ancrage commun et ancrage différent).
Les Représentations Sociales situent les individus et les groupes dans le champ social et permettent l'élaboration de leur identité sociale.
La fonction d'orientation permet de guider les comportements et les pratiques, produire des anticipations et des attentes.
La représentation produit un système d'anticipation et d'attentes, elle est donc une action sur la réalité.

Herzlich (ibid) a bien montré comment les relations à la maladie - destructrice ou libératrice – induisent des comportements : refus de soins et de recours au médecin dans le cas de la maladie destructrice ; rupture avec les contraintes sociales, enrichissement sur le plan personnel, lorsque la maladie est vécue sur le mode d'une libération.

L'étude des représentations sociales de l'hyperactivité, pourrait consister à :
-déterminer leur contenu par le recueil d'éléments composant la représentation
-comprendre l'organisation de ces éléments et à identifier le noyau structurant.
L'association libre **:** « Elle consiste à partir d'un mot inducteur ou d'une proposition à demander au sujet de produire tous les mots ou expressions qui lui viennent à l'esprit. » Abric (2003).
Le repérage de l'organisation et de la structure d'une représentation sociale.
Il s'agit d'organiser les données recueillies en systèmes qui forment le système d'étayage de la représentation (la charpente), à repérer les liens, les représentations et la hiérarchie entre les éléments et à mettre en évidence le noyau central.
Il faut demander au sujet lui-même d'effectuer un travail cognitif d'analyse, de comparaison ou de hiérarchisation à partir d'un corpus qu'il a produit à partir d'associations libres.
Nous avons choisi une mini enquête à partir d'évocations hiérarchisées auprès de 20 enseignants de trois écoles dans la circonscription de St-Gilles les hauts. Cette mini-enquête n'a qu'une valeur indicative de ce que pourrait être une enquête plus importante auprès d'un nombre représentatif d'enseignants.

Analyse des évocations hiérarchisées.

	Importance	
	Grande	Faible
Fréquence Forte	1-Zone du noyau	2-1ère périphérie
Fréquence Faible	3-Eléments contrastés	4-2ème périphérie

Les consignes :

Lorsque vous entendez le mot « hyperactivité », quels sont les cinq mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit ?

Maintenant, classez-les dans l'ordre d'importance que vous leur accordez.

Mettez le chiffre 1 devant le plus important pour vous, puis le chiffre 2 et ainsi de suite par ordre d'importance décroissante.

Le tableau suivant note les réponses données de 20 enseignants.

Tableau II : « Evocations de l'hyperactivité » ; A quoi fait penser le mot Hyperactivité ?

Premiers rangs	Rangs suivants
Fréquences supérieures à 10	Fréquences supérieures à 10
16 Maladie 12 Danger	11 Peur
Fréquences comprises entre 0 et 9	Fréquences comprises entre 0 et 9
8 Syndrome 7 Incurable 5 Grave 4 Isolement	7 Souffrance 6 Rejet

Il ne s'agit que d'une mini enquête portant sur 20 enseignants de trois groupes scolaires dont les résultats ne sont pas significatifs. Néanmoins ces enseignants considèrent cela comme une maladie qui fait peur, pouvant mettre les enfants en danger. Cela représente un syndrome grave, incurable selon eux et pouvant provoquer souffrance, isolement et rejet.

*

Pour notre recherche la problématique est de savoir s'il y a un lien entre attachement dysconfiant et hyperactivité.

En effet, on voit bien que dès les premiers mois de la vie, l'interaction mère enfant, le processus d'attachement d'un être dépendant est très important. Selon la réaction de la mère, qui ne répondrait pas aux sollicitations, qui serait absente ou qui agirait de manière compulsive, le processus d'attachement serait dysconfiant et entraînerait des perturbations affectives.

Une tendance trop fusionnelle entraînera une soumission /domination et à l'opposé, une tendance de séparation pourra entraîner un sentiment d'évitement, d'abandon.

Selon Zazzo, (1979), p 9 : « On peut affirmer aujourd'hui, que l'attachement est un besoin primaire. »

«Ainsi il paraît assez bien démontré que l'enfant humain s'attache à sa mère et à son entourage par des mécanismes analogues ou semblables à ceux que l'on connaît chez l'animal ; d'autre part que la rupture des liens, que la carence des soins maternels, provoquent chez l'animal des troubles semblables ou analogues à ceux que l'on connaît chez l'enfant humain. » Zazzo, (1974), p 32.

Selon Bowlby (1978): « Les troubles de l'attachement résultent le plus souvent de trop peu de maternage. »

Selon Bowlby (1978), p 473:

« La capacité de l'homme à utiliser le langage et d'autres symboles, ses capacités à édifier des stratégies et des modèles, ses capacités à une collaboration de longue durée avec d'autres et à des luttes interminables, voilà ce qui fait l'homme.

Tous ces processus ont leur origine dans les premières années de la vie, et tous en outre, sont inscrits dès les premiers jours dans l'organisation du comportement d'attachement. »

Il y a là une interrogation car il dit par ailleurs qu'il semble peu probable que le lien se forge avant six semaines, toutefois, il dit aussi qu'il semble probable qu'il y ait une période sensible durant la première année.

« Le sens et la réponse tonico-posturale que la mère a donné au sourire a modifié les sens qui médiatisent et tissent le lien de l'attachement. » Cyrulnik (1989) p 64.

D'après Zazzo, (1974) : Le comportement d'attachement se centre sur une figure distinguée des autres qui peut être inclut sous le terme d' « empreinte ».

Les schèmes d'attachement que l'on remarque chez l'enfant de six ans sont d'après Bowlby (1978) les mêmes que ceux établis durant la toute petite enfance.

Comme le dit Coutou (1986), p28 : « L'écolier a été un nourrisson. Le destin de l'enfant va se jouer en partie dans l'interaction entre son inconscient et celui de ses parents. Comme Lebovici a pu l'écrire à propos du nourrisson : « L'inconscient de la mère devient le monde de l'enfant. »»

Coutou (1986) ajoute p32 : « Au fur et à mesure du développement des enfants, l'inconscient de chacun des parents va donner une orientation spécifique à sa relation avec chacun de ses descendants, garçon ou fille, premier ou dernier venu dans l'histoire d'un couple, union dissociée, brève rencontre ou longue liaison.

L'inconscient des enfants, lui répond à celui des parents et cette réponse en provoque elle-même une autre, plus ou moins répétitive, plus ou moins originale, selon le degré de souplesse des personnalités en présence. Puis le cercle de famille s'agrandit et l'enfant va transporter au-dehors, avec lui et en lui-même, ce qui s'est noué dans ses premières années.

L'inconscient parle chez l'écolier aussi….Dans le type de relations que l'enfant établit, certes, mais aussi dans le langage, dans la vie imaginaire, dans le mode de fonctionnement de la pensée. »

Si comme le dit Anzieu (1974), les difficultés d'attachement entraînent un retard de parole et comme le souligne Delahaie (2004) que les enfants présentant un trouble précoce du langage ont un risque élevé de présenter des difficultés d'apprentissage du langage écrit.

Selon Lebovici[50], (1986) : « L'échec scolaire peut se révéler très tôt et se trouver être une des conséquences lointaines d'expériences précoces que l'enfant a pu vivre dans sa famille et dans la société à laquelle il appartient ou dans laquelle les circonstances de la vie l'ont plongé. »

Delahaie (2004), p 44 : « Les interactions entre la mère et l'enfant constituent la base de l'évolution langagière et du développement intellectuel et affectif de l'enfant.

Les carences affectives, totales ou partielles, ont pour conséquence une altération du développement global de l'enfant. Ces carences affectent de façon plus ou moins sévère l'évolution du langage. »

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

De même, pour Bowlby (1978), la capacité à utiliser le langage et les symboles, est inscrite dès les premiers jours dans l'organisation du comportement d'attachement.

On peut penser qu'un attachement dysconfiant serait à l'origine de difficultés d'apprentissage de la lecture.

Beaucoup d'enfants avec des troubles du comportement, en échec dans l'apprentissage de la lecture sembleraient présenter un attachement dysconfiant.

La dyslexie, trouble de l'apprentissage de la lecture concernerait entre 8% et 10% des élèves ce qui en ferait l'affection neurologique la plus fréquente après la migraine. Sans l'expliquer, on constate que le mal touche trois fois plus de garçons que de filles.

Le syndrome autistique est plus fréquent chez les garçons que chez les filles (4 pour 1). Si le facteur génétique est situé sur le chromosome X, pourquoi y a-t-il plus de garçons (XY) que de filles (XX) atteints ?

N'y-a-t-il pas un lien entre attachement dysconfiant et prévalence de l'autisme chez les garçons ?

Sans intersubjectivité dès les premiers jours, cela a été montré, un tableau de mère d'enfant autiste se dresse rapidement.

Une sur-stimulation mère/enfant permettrait-elle d'améliorer le lien au cours des premières semaines comme cela se pratique plus tard en thérapie ?

---

[50] LEBOVICI, (1986), préface d' « Affronter l'école » de COUTOU F.

Les enfants hyperactifs par leur comportement instable d'origine physiologique, durant les premiers mois de la vie favoriseraient-ils un attachement dysconfiant ?

Les mères réagissant plus avec leurs bébés filles qu'avec les bébés garçons (jusqu'à 3 fois plus de sollicitations, Cyrulnik[51], (1989), p 65, elles arriveraient à refaire le lien avec les filles mais pas avec les garçons ce qui expliquerait la prévalence de la maladie chez les garçons (5 garçons pour 1 fille, REVOL[52] (2004))

L'attachement dysconfiant des mères avec leurs fils serait-il à l'origine de cas d'hyperactivité chez les garçons ?

Une explication de cela lors des cours de préparation à l'accouchement et un travail psychologique et de parole dans les maternités, pourraient-ils faire chuter ces chiffres comme pour les prématurés dont l'accompagnement des mères et des enfants en couveuses a fait disparaître le syndrome tardif ?

Peut-on observer chez les hyperactifs un attachement dysconfiant ?

Comment expliquer que les garçons soient plus atteints que les filles dans trois domaines ? :

-la dyslexie (3 garçons pour 1 fille)

-l'autisme (4 garçons pour 1 fille)

-l'hyperactivité (5 garçons pour une fille)

On ne peut exclure une cause génétique mais si ce qu'affirme Cyrulnik (1989) est vrai : « Les mères réagissent plus avec leurs bébés filles qu'avec les bébés garçons (jusqu'à 3 fois plus de sollicitations », un attachement dysconfiant concernant plus de garçons que de filles pourrait-il être la cause de cet écart important ?

Selon Ainsworth (1978), les réactions à la séparation d'avec la mère sont fonction de la qualité d'attachement établie antérieurement.

C'est pourquoi, pour s'attacher à montrer qu'un attachement est dysconfiant, nous questionnerons les mères sur les difficultés de séparation, sur leur relation et sur les personnes ayant été en contact avec l'enfant.

---

[51] CYRULNIK Boris, (1989), « Sous le signe du lien », Hachette, p 65

[52] Dr REVOL Olivier, « L'enfant hyperkinétique », Hôpital neurologique de Lyon , Article publié sur Internet, http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/revol/hyperkyne.html).

Si l’attachement dysconfiant s’amorce dès les premières heures de la vie du bébé, les professionnels de la naissance, par leur action avec l’influence que l’on connaît pourraient avoir un rôle bénéfique en aidant les mères dans les premiers gestes et sur le plan fantasmatique par une aide psychologique.

En prévention, ne serait-il pas utile de favoriser à la maternité le contact corporel et de préconiser des massages des bébés ? Il semble primordial de favoriser l’allaitement des bébés ainsi que le contact direct avec la peau entre la mère et son bébé comme cela se fait pour tous les mammifères. Les conseils des professionnels de la naissance devraient aller dans ce sens afin de favoriser l’attachement mère / enfant.

Il faut dire aux mères de continuer à solliciter leur enfant même s’il ne répond pas et d’avoir le plus de contact peau à peau.

Cela est utile pour le contact physique mais aussi pour la vue (le bébé voyant mieux de près) , l’odorat (l’odeur de la mère est très importante dans le processus d’attachement) et l’ouïe afin de rappeler au bébé les battements du cœur de sa mère qu’il a entendus durant 9 mois (le rôle dans l’attachement des hyperfréquences émises par les bébés et leur réception vibratoire font actuellement l’objet d’une recherche). Nous postulons qu’il existe un lien entre attachement insécure et hyperactivité. Nous nous attacherons à déterminer s’il y a un lien entre attachement et hyperactivité dans une étude effectuée à partir d’entretiens de mères d’enfants hyperactifs à La Réunion en utilisant une partie d’une enquête du ministère de la santé du Canada.

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

I- POPULATION CONCERNEE ET CONTEXTE

La Réunion est une île volcanique de 2512 km2 située dans l'Océan Indien par 21° de latitude Sud et 53° 30' de longitude Est, à 9500 km de la métropole, 800 km de Madagascar et 200 km de Maurice. Elle fait partie de l'archipel des Mascareignes qui est formé de trois îles : Maurice, Réunion et Rodrigues.

L'île est constituée de deux massifs :

- le piton des neiges, 3069m, un volcan éteint, formant trois cirques

(Cilaos, Mafate et Salazie).

-le piton de la Fournaise, 2631m qui est un volcan en activité.

L'île resta inhabitée jusqu'en 1646, date à laquelle le gouverneur de Madagascar Pronis y fit déposer 12 mutins pendant 2 ans.

C'est Colbert en 1664 avec la compagnie des Indes Orientales qui décida la colonisation de l'île alors appelée Bourbon. Etienne Régnault et vingt colons y débarquèrent en 1665.

Département français depuis 1946, La Réunion a une population qui atteint aujourd'hui à peu près 900 000 habitants.

Cette population est composée de descendants des premiers colons venus de France, « les Créoles », de descendants de leurs esclaves venus de Madagascar et d'Afrique, « les Cafres », de descendants d'engagés indiens de religion Tamoule, « les Malabars », ou venus du Pakistan et de religion Musulmane, « les Zarabes » arrivés après l'abolition de l'esclavage en 1848, et enfin de chinois venus de la région de Canton. Des métropolitains appelés « Zoreils » ou « Zoréoles » puis des mahorais et comoriens sont venus compléter la population.

La langue maternelle de la majorité de la population est le créole, quoique tous les adultes comprennent le français à l'exception de derniers arrivants.

C'est une académie monodépartementale depuis une dizaine d'années. L'échec scolaire à La réunion est estimé à 25‰ alors que pourtant tous les enfants de trois ans sont scolarisés.

Le taux de fécondité est élevé, 2,25 contre 1,8 en métropole.

Le taux de natalité est de 19,6‰. (12,6 en métropole)

Le taux de mortalité est de 5,4‰ (9,2 en métropole)

En 2003, l'espérance de vie était de 71,3 ans pour les hommes et de 79,8 ans pour les femmes.

La situation économique est précaire avec 36,7% de la population active au chômage.

Une grande partie de la population est au RMI. La population est jeune par rapport à la métropole. Il y a beaucoup de familles monoparentales car les allocations familiales sont plus importantes pour une personne seule avec enfant. Ce qui fait que les pères sont souvent absents et certains ne reconnaissent pas les enfants de peur que la mère ne bénéficie pas de l'allocation de parent isolé (API). A la Réunion, 24% des familles sont des familles monoparentales.

En cinquante ans, le nombre de bacheliers a été multiplié par cent. En 1946, il n'y avait que deux lycées contre 19 en 95, et de 16 collèges en 1946 on est passé à 60 en 1995. En 1946, il y avait 2 364 élèves de la sixième à la terminale alors qu'aujourd'hui il y en a 91 000.

Il y a beaucoup de jeunes scolarisés.

Les résultats des évaluations en 6ème de septembre 2010 donnent :

- français : 53,30% à la Réunion contre 64,7% en métropole, (écart -11,4).
- mathématiques : 50,5% à la Réunion contre 64,3% en métropole (écart – 13,8).

On retrouve encore beaucoup d'illettrés chez les personnes d'un certain âge qui n'ont pas été scolarisées avant la départementalisation. Le taux d'illettrisme est important.

L'étude a porté sur des enfants appartenant au secteur de la circonscription de Saint-Paul 2 et de l'antenne RASED du Chaudron 2 dans la circonscription de Saint-Denis 2. Le premier secteur se trouve dans les hauts de Saint-Paul, située en milieu rural avec de gros villages. Le second est celui du Chaudron 2 à Saint-Denis, situé en milieu urbain. Ces deux secteurs représentent à peu près 3600 élèves et 150 classes environ.

Les enseignants de ces classes font des demandes d'aide au RASED pour signaler les élèves en difficultés d'apprentissage ou ayants des problèmes de comportement. Parmi ces élèves, pour notre expérimentation, nous avons choisi les enfants diagnostiqués hyperactifs.

Sur le secteur de Saint-Paul 2, j'occupais un poste de maître E chargé de remédiation pédagogique et il n'était pas très facile de savoir quels enfants étaient diagnostiqués hyperactifs. Certains psychologues ne souhaitaient pas que je rencontre des parents qu'ils avaient déjà rencontrés auparavant et qui vivaient des situations douloureuses. Heureusement j'ai eu le concours d'autres psychologues, du médecin scolaire et de l'enseignant référent. Puis étant nommé psychologue scolaire au Chaudron je rencontrais pour des entretiens dans le cadre de mon travail les mères d'élèves hyperactifs et j'ai pu leur faire passer le questionnaire. Après une près expérimentation auprès de 5 mères, j'ai fait 25 entretiens concernant des mères de : 20 garçons et 5 filles hyperactifs.

Ces enfants sont dans les niveaux de classe suivants : 1 PS, 4 GS, 8 CP, 3 CE1, 1 CE2, 3 CM1, 2 CM2et 3 en CLIS.

Tableau III : Les niveaux de classes des enfants hyperactifs répartis sur tout le secteur:

classe	PS	GS	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	CLIS
Nombre 24	1	4	8	3	1	3	1	3

Il s'agit d'enfants de : 1 de 3 ans, 4 de 5ans, 8 de 6 ans, 2 de 7 ans, 1 de 8 ans, 2 de 9ans, 4 de 10 ans et 3 de 11 ans.

Tableau IV : âge des enfants :

âge	3 ans	5ans	6ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans
Nombre 25	1	4	8	2	1	2	4	3

Composition familiale et rang dans la fratrie :

5 sont « enfant unique », 12 familles de 2 enfants : (5 premiers, 5 seconds et un jumeau), 5 familles de 3 enfants : (1 premier, 2 seconds et 2 dernier), 2 familles de 4 enfants : (1 premier , 1 second), 1 famille de 8 enfants (dernier) dont 3 familles recomposées. 13 sont « premier enfant » y compris jumeaux et enfant unique et 8 sont « dernier enfant»

Il y a 16 enfants dont les parents biologiques sont séparés.

II-METHODES DE RECUEIL

II-1- Acquisition des données

Il s'agit d'avoir des entretiens avec des parents, une grille d'entretien sera remplie. Elle est issue d'items d'une enquête du gouvernement canadien DeWit, Offord et Braun (1998), La relation entre la réinstallation familiale et les troubles de comportement chez les enfants (W-98-17F) et a été adaptée après pré-manipulation auprès de 5 mères du secteur de Saint-Paul 2. J'ai ajouté des questions sur l'entrée à la maternelle et sur la lecture car j'avais noté que les mères me parlaient de problèmes à l'entrée en PS et de difficultés d'apprentissage de la lecture.

Les entretiens suivants se sont déroulés dans les circonscriptions de Saint-Paul II et de Saint-Denis 2. L'inspecteur de St-Paul II m'avait donné l'autorisation de procéder à ces entretiens.

Il s'agit d'une population de vingt-cinq mères d'enfants hyperactifs, (20 garçons et cinq filles). Cette population a été choisie au hasard sans quotas. Ce sont des enfants qui bougent en classe et qui manquent d'attention qui ont été diagnostiqués hyperactifs soit par un médecin, soit par un centre référent. La population était difficile à trouver car sous- couvert de secret médical certains parents n'osent pas parler d'hyperactivité. Comme psychologue scolaire, cela m'a été plus facile. Les entretiens se sont fait à domicile ou à l'école. Chaque entretien a duré environ une heure. Il s'agit d'une approche qualitative, psychologique et de logique inductive.

II-2- Grille d'entretien avec la mère :

	Questions à la maman	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).	Très mal	Moyen-nement	Assez bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et sœurs?	Très mal	Moyen-nement	Assez bien	bien	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	parfois	Souvent	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	

13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	frère	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?			oui		non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui Combien de temps ?	non
22	Avez-vous allaité votre enfant ? Combien de temps ?	oui	non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	oui Combien de temps ?	non

24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père)	oui	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ? Combien de temps ?	oui	non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	non
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ? Combien de temps ?	oui	non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	non
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	oui	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	non
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	oui	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	oui	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	oui	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	oui	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	oui	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	oui	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	oui	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	oui	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	oui	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	oui	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	non

Age : ……..ans profession : ……..

Nombre d'enfants : …….. (…… filles, …….. garçons)

Ecart avec l'enfant précédent :……., avec le suivant :……

III-Méthodes de traitement des données

D'après la revue de questions, nous avons pu établir que si de mauvaises interactions s'établissent durant la petite enfance, il en résulte un attachement dysconfiant. L'hospitalisme est un des facteurs mais également l'absence de la mère les séparations ou la multiplicité des personnes qui s'occupent de l'enfant et lui donne ses biberons. La capacité de contenance de la mère joue aussi un rôle très important. Nous avons recherché comment la mère évaluait sa relation à l'enfant en posant la question :

Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?

Votre enfant a-t-il été hospitalisé ?

Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?

Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?

Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?

Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?

A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ?

Nous avons voulu savoir s'il y avait des difficultés de séparation à l'entrée en maternelle. En effet, selon Pierrehumbert (2000), il y aurait plus de difficultés de séparation si l'attachement est dysconfiant.

Nous avons recherché s'il y avait des difficultés de séparation à l'entrée en maternelle et si l'enfant aimait l'école en posant les questions suivantes:

A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ?

Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?

Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?

Votre enfant aime t-il l'école ?

Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?

Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?

Ensuite nous avons essayé de savoir si la relation mère / enfant était trop fusionnelle ou au contraire si l'enfant éprouvait un sentiment d'abandon afin de voir si l'attachement est dysconfiant, à travers les questions suivantes :

Travaillez-vous en dehors des heures d'école?
Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?
Souriez-vous à votre enfant ?
Embrassez-vous votre enfant ? Faites-vous des jeux avec votre enfant ?
Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant?
Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime? Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?
Boit-il (elle) encore au biberon ?
Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?
Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?
Avec qui dort-il (elle) ?
Qui l'accompagne à l'école ?
Avez-vous allaité votre enfant ?
Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?
Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?
Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?
Ce qui concerne la guidance de l'enfant par sa mère :
Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?
Votre enfant lit-il avec vous ?
Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ?
Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?
Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?

Enfin nous avons cherché à mettre en évidence le rapport de l'enfant aux autres membres de la famille par les questions suivantes :

Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?

Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?

Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?

Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?

Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?

A la maison, comment ça se passe avec ses frères et sœurs?

Comment s'entend t-il avec son père ?

Une pré expérience a été faite auprès de cinq mères d'enfants hyperactifs.

Le questionnaire permettra de voir si l'attachement est de nature dysconfiante.

Nous avons rajouté la question sur les difficultés de séparation à la maternelle et sur les difficultés en lecture qui semblaient prégnantes.

Puis nous avons fait passer le questionnaire lors d'un entretien semi-dirigé à 25 mères d'enfants hyperactifs. Cette population a été choisie au hasard sans quotas, l'unique critère étant d'être la mère d'un enfant hyperactif.

A partir des 25 questionnaires, nous avons comptabilisé les réponses à chaque item puis nous avons établi un pourcentage pour chaque réponse. Une analyse des grilles et des entretiens a été faite afin de déterminer si un attachement dysconfiant s'est établi en fonction des réponses aux différents items.

TROISIEME PARTIE - RESULTATS

I- RESULTATS DES QUESTIONNAIRES

Les mères ont entre 24 et 41 ans. A la naissance de l'enfant hyperactif elles avaient entre 16 et 31 ans.

Tableau V : âge des mères :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Age	31	38	27	32	28	25	32	27	31	21	34	25	35	24	33
Age à la naissance	26	28	21	22	22	18	27	21	25	16	27	19	29	17	24

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Age	36	27	32	32	41	28	37	20	30	39
Age à la naissance	25	17	24	27	31	19	26	17	24	28

Ces enfants sont dans les niveaux de classe suivants : 1 PS, 4 GS, 8 CP, 3 CE1, 1 CE2, 3 CM1, 2 CM2et 3 en CLIS.

Il s'agit d'enfants de : 1 de 3 ans, 4 de 5ans, 8 de 6 ans, 2 de 7 ans, 1 de 8 ans, 2 de 9ans, 4 de 10 ans et 3 de 11 ans.

Résultats des 25 grilles d'entretiens :

	Questions à la maman	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? parfois pas de réponses 3 avec ses frères et sœurs? parfois pas de réponses 6	Très mal 10 8 2	Moyen-nement 8 7 6	Assez Bien 3 3 4	Bien 3 2 5	Très Bien 1 2 2
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ?Nr 4 avec ses frères et sœurs? Non réponse 6	Très mal 2 2 1	Moyen-Nement 12 5 6	Assez Bien 6 4 5	Bien 3 8 7	Très Bien 2 2
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais 1 14	Parfois 5 7	Souvent 8 2	Très Souvent 11 2	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	Jamais 1 6	Parfois 13 14	Souvent 9 3	Très Souvent 2 2	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	Jamais 1	Parfois 14	Souvent 8	Très Souvent 2	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	Jamais	Parfois 14	Souvent 7	Très Souvent 4	

12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais 9	Parfois 14	Souvent 2	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	Jamais 2	Parfois 19 19	Souvent 6 3	Très Souvent 1	
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Non réponse 3 Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	Jamais 7 6	Parfois 10 7	Souvent 5 7	Très Souvent 2	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais 10	Parfois 9	Souvent 5	Très Souvent 1	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais 10	Parfois 4	Souvent 7	Très Souvent 4	
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais 22	Parfois 2	Souvent 1	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	Jamais 7	Parfois 8	Souvent 6	Très Souvent 4	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul 8	Frère 9	Sœur 6	parents	Mère2
19	Qui l'accompagne à l'école ?	Seul 3	Frère 2	Sœur 3	Parents 8	Mère 9
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?			Oui 17		Non 8

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	Oui 13	Non 12
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui 12	Non 13
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui 24	Non 1

24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui 25	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ?	Oui 11	Non 14
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	Oui 8	Non 17
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui 12	Non 13
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	Oui 7	Non 18
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui 12	Non 13
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	Oui 1	Non 24
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui 15	Non 10
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui 18	Non 7
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui 16	Non 9
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui 21	Non 4
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui 15	Non10
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui 19	Non 6
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui 19	Non 6
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui 21	Non 4
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui 16	Non 9
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui 16	Non9
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui 10	Non15

II-ANALYSE DES ENTRETIENS :

1) Paul, en GS, garçon de 5ans et demi, dernier de 2 garçons

On remarque que la maman qui travaillait a mis son enfant à la crèche dès l'âge de deux mois et que c'est le papa qui récupérait l'enfant. Cela a pu entraîner un attachement dysconfiant. D'autre part, le fait de justifier tous les ordres, fait que l'enfant n'est pas habitué à respecter l'autorité sans justification de la maîtresse. Il est à noter que l'enfant peut profiter des visions différentes de ses deux parents de l'école.

2) Stan, en CLIS, garçon de 10 ans, dernier de 3 enfants (1F, 2G)

Il a été hospitalisé deux fois pour coupures et blessures. On voit bien que l'attachement particulier avec la grand-mère avec laquelle l'enfant a dormi jusqu'à son décès et la présence des tantes, ont pu entraîner un attachement dysconfiant avec la maman. D'autre part, les problèmes d'audition ont crée des difficultés de socialisation et de compréhension des consignes.

3) Robin, en CP, 6ans et demi enfant unique

L'enfant depuis qu'il est bébé a eu plusieurs figures d'attachement. Il a été perturbé par la séparation de ses parents. Il dort avec sa mémé. Il boit encore au biberon et se colle à sa mère devant la télé. Il est probable qu'il y ait un attachement dysconfiant. La mère avait eu également avec la grand-mère un attachement dysconfiant qu'elle a reproduit avec son fils.

4) Pierre en CLIS, 10 ans premier d'une famille de 2 enfants (1G, 1F)

Depuis avant la naissance, l'enfant bougeait beaucoup. L'accouchement a été difficile et la mère a fait un rejet de l'enfant qui avait du mal à dormir et était souvent malade. Il a mal vécu sa PS : il y a eu des difficultés de séparation à l'entrée à l'école et il pleurait beaucoup. Il ne comprenait pas pourquoi sa mère s'occupait d'autres enfants et qu'il devait rester dans une autre classe. Les problèmes ont nécessité l'appel à la psychologue scolaire en MS alors que la mère avait un second fils. IL semble que l'arrivée d'un petit frère ait été très mal vécue par l'enfant qui était en partie rejeté. Il y a eu un attachement dysconfiant dès les premiers mois.

L’enfant a ensuite eu une relation privilégiée avec sa grand-mère, seule personne à vouloir s’occuper de lui.

La maman avait beaucoup d’attentes vis-à-vis de son fils et ses attentes ont été déçues. Il n’y a pas convergence de vues entre elle et son mari, elle dit qu’il laisse tout faire alors qu’avant, elle voulait toujours savoir ce qu’il faisait et choisissait ce qu’il pouvait regarder à la télé. La situation s’améliore et elle a appris à lâcher prise.

Elle admet à présent qu’elle l’a rejeté. La pression scolaire a diminué en CLIS mais l’enfant va-t-il s’intégrer dans une classe ordinaire ?

5) Nathalie en CP 6ans et demi première enfant d’une famille de 2 filles dont les parents sont séparés.

C’est le médecin qui a dit qu’elle était hyperactive. Les parents sont séparés et c’est le père qui a la garde. C’était très souvent la grand-mère qui s’occupait de l’enfant. La mère était en formation puis travaillait et ne s’occupait pas tellement de sa fille. Il est probable qu’un attachement dysconfiant se soit installé.

6) Tila en CP, 6 ans et demi deuxième enfant d’une famille recomposée de 4 enfants (3F, 1G), elle a une sœur, un demi-frère et une demi-sœur. (parents séparés)

Le psychologue a dit qu’elle était hyperactive. Le père a quitté sa femme quand elle avait un an. La grand-mère qui gardait souvent l’enfant est morte quand elle avait deux ans. Après la mère s’est mise en ménage avec le petit père et a eu deux enfants. Elle a eu un petit demi-frère à 3 ans lorsqu’elle rentrait à l’école. Il est probable qu’il y ait eu un attachement dysconfiant avec plusieurs figures d’attachement et deux pertes successives, le père et la grand-mère et la venue du petit père.

7) Johan en GS, 5ans est enfant unique de parents séparés.

La psychologue a dit qu’il était hyperactif et précoce. Les parents se sont séparés alors qu’il n’avait que trois semaines. C’est la grand-mère qui s’en est occupée car la maman travaillait puis il est allé à la crèche.

. Il n’a pas vu son père pendant deux ans. La mère ne lui parlait pas de ce qui c’était passé. La maman avait honte de sortir avec son fils qui courait partout. Il est probable qu’un attachement dysconfiant se soit développé.

8) Eric en CP, 6 ans était enfant unique et maintenant vit dans une famille recomposée avec un petit demi-frère et les 2 enfants du petit père. (parents séparés)

C'est un médecin qui a diagnostiqué l'hyperactivité. Il a été élevé par la grand-mère puis par la mère.

Quand les parents ce sont séparés, il dormait avec sa mère puis lorsque sa mère s'est mise en ménage avec son petit père il s'est retrouvé dans une famille recomposée et non seulement il n'est plus le seul enfant mais sa mère a eu un autre enfant et il est le seul a n'avoir aucun lien de sang avec le petit père. C'est devenu une sorte de « vilain petit canard ». Il y a sans doute un attachement dysconfiant avec la mère.

9) Mauricio en CP, a 6 ans, c'est le premier de 2 enfants (1G, 1F).

C'est un médecin qui a diagnostiqué l'hyperactivité. Lorsqu'il est né, la maman travaillait tard et il a souvent été confié à la grand-mère. Depuis la mère a été en dépression et ne représente plus une base de sécurité pour l'enfant. Il est probable que se soit installé un attachement dysconfiant.

10) Alexandre en GS est un jumeau de 5 ans. Ce sont des enfants placés en famille d'accueil qui ne connaissent pas leur père.

C'est un médecin qui a diagnostiqué l'hyperactivité. Ce sont des jumeaux prématurés qui ont été hospitalisés deux fois. Une première fois à la naissance puis après avoir été retiré à la mère qui ne s'en occupait pas. Ils sont placés en famille d'accueil. Il y a eu un attachement dysconfiant dû à une mère défaillante et aux hospitalisations.

11) Yann en CE1 a 7 ans. C'est un enfant unique dont les parents sont séparés, la maman étant « famille d'accueil », il vit avec 2 autres enfants.

Un médecin a diagnostiqué l'hyperactivité. La maman travaillait et il allait chez une nourrice, il y a eu plusieurs personnes pour s'occuper de l'enfant, il est probable que ce soit instauré un attachement dysconfiant.

D'autre part, après la séparation de ses parents, l'enfant croyait que son père était parti à cause de lui et ce n'est que récemment qu'il a compris que non.

12) Christophe en CP, 6 ans est le premier d'une famille de 2 enfants dont les parents sont séparés.

C'est un psychologue qui a dit qu'il était hyperactif. L'enfant a été souvent chez sa grand-mère et y est attaché.

Il y a eu plusieurs objets d'attachement et sans doute un attachement dysconfiant lorsque l'enfant voyait sa mère se faire frapper par son père. D'autre part, il est encore incertain sur son avenir proche, va-t-il aller chez son père ou non ?

13) Samantha en CP, 6 ans dont les parents sont séparés est la dernière de 8 enfants.

C'est le psychologue qui a dit qu'elle était hyperactive. C'est la grande sœur qui s'occupait de l'enfant durant la première année car la maman buvait. Ensuite, elle est allée vivre chez sa tante pendant plus de quatre ans et revenait les week-ends.

Il semble probable qu'un attachement dysconfiant se soit crée par la succession des figures d'attachement et une mère non sécurisante.

14) Bryan en CE1 a 7 ans. C'est le premier de 3 enfants (1F, 2G) dont les parents sont séparés.

C'est le psychologue qui a diagnostiqué l'hyperactivité. La mère est alcoolique et a été abusée sexuellement dans son enfance. Elle fait ce qu'elle peut mais elle n'est pas rassurante pour son fils. Il n'a pas eu la sécurité de base qui passe par le corps. Elle n'emploie jamais de mots chauds qui viennent du cœur, elle est toujours dans l'injonctif avec lui.

Sa position affective et psychique changeante voire menaçante lorsqu'elle boit n'a sans doute pas permis la structuration de Bryan. Il tente sans doute d'exister par la violence.
C'était tantôt la mère, tantôt la tante ou la grand-mère qui s'occupaient du bébé. Un attachement dysconfiant s'est sans doute installé.

15) Maëva en CLIS, 9 ans est la dernière d'une famille de 3 enfants (2F, 1G).

C'est un médecin qui a diagnostiqué l'hyperactivité. Elle a été orientée en CLIS et avait des problèmes pour dormir. Les parents sont commerçants et ne pouvaient pas s'en occuper avant sept heures du soir. Ce sont la grand-mère, la mère puis une nourrice qui ce sont occupées de l'enfant. Il est probable que la maman n'étant que peu disponible en raison de son travail, un attachement dysconfiant se soit développé.

16) Abdou a 11 ans en CM1 second d'une fratrie de deux enfants.

Son père un « foundi » est décédé. Sa mère s'est laissée abuser et tomba enceinte de cet homme âgé de 72 ans. Elle ne voulait plus de cet enfant. Un attachement dysconfiant s'en suivit et souvent c'était les grands-parents qui s'occupaient de l'enfant. Aujourd'hui Abdou Présente une hyperactivité, n'arrive pas à se concentrer et fait parfois des crises de nerfs. Il a un trouble de l'attention et un niveau scolaire de CE1 au CM1. Sa mère pense que c'est son père qui lui a jeté un sort. Nous l'orientons vers une consultation interculturelle.

17) Laurent a 10 ans en CM1, il a une sœur aînée

Il est le fils de son grand-père. Sa mère a été victime d'inceste. La mère n'en voulait pas. Finalement elle l'a gardé mais l'enfant manquait de soins à un tel point qu'il a été placé en famille d'accueil. Il a été diagnostiqué hyperactif par le CMP où il est suivi. Il n'arrive pas à se concentrer et a beaucoup de mal à établir des relations non conflictuelles avec ses pairs et les adultes. Un attachement dysconfiant s'est installé avec cette maman qui le rejetait et ne lui apportait pas assez de soins puis à cause du placement en dehors de sa famille biologique. Laurent a souffert de manque de soins, (l'attachement est un besoin primaire), néanmoins il désire toujours voir sa mère et fait des fugues.

18) Michel a 8 ans en CE1.

C'est un enfant second d'une fratrie de deux pères différents. Le premier enfant a été jaloux de la naissance de Michel et aujourd'hui encore ils se battent souvent. Les parents se sont séparés alors que Michel avait un an car son père buvait.

Aujourd'hui, il le voit seulement une ou deux fois par an. Il n'arrive pas à fixer un planning régulier de visites. Michell en souffre d'autant plus que son demi-frère voit régulièrement le sien. Il est hyperactif et suivi par un pédopsychiatre. Depuis la maternelle il bouge beaucoup. Il a été suivi par le CMPP qui souhaitait que Michel face un bilan de 3 jours à l'hôpital afin de lui proposer un traitement mais le père a refusé car on lui a parlé d'un risque au niveau cardiaque.

Le weekend, il reste souvent avec la copine de sa mère quand celle-ci va danser. Etant avec sa mère et son père qui buvait puis avec la grand-mère et une copine car la maman travaillait, il n'a pu avoir d'attachement sécure.

19) Bernard est un enfant de 5ans en GS.

Il est enfant unique hyperactif et suivi par un pédopsychiatre. En classe il manque de concentration présente une instabilité motrice et un non respect des règles.

La maman d'origine métropolitaine a quitté le père après la naissance de l'enfant car le père d'origine créole ne voulait pas s'investir dans l'éducation d'un enfant et préférait passer sa journée avec ses copains. En plus il aurait eu d'autres copines d'après la mère. La mère n'a pas instauré un attachement sécure avec Bernard car elle trouve qu'il ressemble à son père et regrette d'avoir fait un enfant avec le papa qu'elle qualifie d'immature.

Elle dit ne pas comprendre son fils et en être excédée. D'autre part, elle n'arrive pas à lui poser de limites et a commencé à consulter lorsque Bernard lui a lancé un objet dans la figure lui faisant « un œil au beurre noir ». L'enfant a été confié souvent aux grands parents et par le père à d'autres personnes durant sa toute petite enfance. On peut dire qu'il présente un attachement dysconfiant.

20) Aléa a 10 ans en CM1, elle est la seconde d'une fratrie de trois enfants

Elle a été diagnostiquée hyperactive dès la maternelle. Elle a été placée sous traitement « concerta » pendant 4 ans. Elle a encore des difficultés d'attention concentration et une légère instabilité motrice mais arrive quand même à faire les exercices demandés en classe. Elle est suivie par le CRTSA. Etant enfant, elle a dû être hospitalisée et un attachement dysconfiant s'est installé.

21) Yann a 9 ans il est en CE2, il est le second d'une fratrie de deux.

Il est hyperactif et la MDPH lui a attribué une auxiliaire de vie en classe afin de l'aider à se concentrer. Il est suivi par le CMP. Après l'accouchement sa mère a du être hospitalisée à plusieurs reprises et un attachement dysconfiant s'est installé. La maman raconte qu'elle n'osait pas sortir avec lui pour faire des courses. Elle avait honte du comportement de son enfant. Maintenant ça va mieux et elle accepte de sortir avec lui.

22) Jacques a 11ans en CM2 est l'aîné, il a une demie sœur.

Il a un déficit de l'attention et une hyperactivité. Il a fait un bilan au CRTSA. C'est un enfant délaissée par sa mère. Les parents se sont séparés alors que l'enfant était très jeune et c'est le père qui en a à présent la garde.

L'enfant a souffert d'attachement insécure et il est jaloux de sa demie sœur. Depuis la maternelle, il présente une instabilité motrice et des difficultés d'attention concentration. Son père dit ne pas comprendre son fils et a demandé l'aide d'un éducateur spécialisé à domicile.

23) Ken a 3 ans en PS.

Il est enfant unique hyperactif n'arrive pas à rester assis et ne se concentre pas 5mn. C'est la maîtresse de petite section qui a alerté les parents car Ken est très instable.

Il ne peut pas se concentrer et bouge sans arrêt. Ses parents disent qu'il n'était pas désiré et qu'ils n'ont jamais habité ensemble.

La maman qui est jeune ne voulait pas avoir d'enfant et elle l'a souvent confié à des personnes différentes. Elle a fait un bilan au CMP qui diagnostiqué un TDAH.

Les parents ne sont pas d'accords sur les conduites éducatives à mettre en œuvre. La maman dit qu'elle aussi n'arrivait pas à tenir en place et qu'elle avait du consulter un psychologue. Elle n'a pas poursuivi sa scolarité après le collège. A présent elle fait une formation et l'enfant est confié à la grand-mère. Un attachement dysconfiant s'est instauré.

24) Evan a 6 ans au CP est le second d'une fratrie de 2.

Il a été placé en pouponnière pour carence éducative de sa mère qui vivait seule. Plus tard son père l'a récupéré puis placé à nouveau pendant un an car il n'arrivait pas à s'en occuper. Evan vit à présent chez son père et sa belle mère. Il a été suivi par le CMP qui l'a diagnostiqué hyperactif. Il a souffert d'un attachement dysconfiant.

25) Amazan, 11 ans en classe de CM2, 3ème d'une fratrie de trois.

Les parents se sont séparés et la mère a été frappée et violée par son ex-mari. L'enfant a été chez le père, la grand-mère et la mère successivement. Il est hyperactif et ne supporte pas l'école. Il est jaloux de ses deux sœurs. Un attachement dysconfiant et une mauvaise relation mère/enfant s'est installé. L'enfant a même dû être hospitalisé et a fait une tentative de suicide.

III- Synthèse des données

	Questions à la maman	1	2	3	4	5
	A la maternelle, comment ça se passait	Très mal	Moyen-Nement	Assez Bien	Bien	Très Bien
1	avec votre enfant ?	40 %	32 %	12 %	12 %	4 %
2	avec son père ?parfois pas de réponses	32 %	28 %	12 %	8 %	8 %
3	avec ses frères et soeurs? parfois pas de réponses	8 %	24 %	16 %	20 %	8 %
	A la maison, comment ça se passe	Très mal	Moyen-Nement	Assez Bien	Bien	Très Bien
4	avec votre enfant ?	8 %	48 %	24 %	12 %	8 %
5	Comment s'entend t-il avec son père ?	8 %	20 %	16 %	32 %	8 %
6	avec ses frères et soeurs?	4 %	24 %	20 %	28%	0%
	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et	Jamais	Parfois	Souvent	Très Souvent	
7	ce qu'il (ou elle) fait ?	4 %	20 %	32 %	44 %	
8	Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	56 %	28 %	8 %	8 %	
	(Souriez-vous à votre enfant ?)	Jamais 4 %	Parfois 52 %	Souvent 36 %	Très Souvent 8 %	
9	Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	24 %	56 %	12 %	8 %	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	Jamais 4 %	Parfois 56 %	Souvent 12 %	Très Souvent 8 %	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois 56 %	Souvent 28 %	Très Souvent 16 %	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais 36 %	Parfois 56 %	Souvent 8 %	Très souvent	

13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	Jamais 8 %	Parfois 76 % 76 %	Souvent 24 % 12 %	Très Souvent 4 %	
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	Jamais 28 % 24 %	Parfois 40 % 28 %	Souvent 20 % 28 %	Très Souvent 8 %	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais 40 %	Parfois 36 %	Souvent 20 %	Très Souvent 4 %	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais 40 %	Parfois 16 %	Souvent 28 %	Très Souvent 16 %	
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais 88 %	Parfois 8 %	Souvent 4 %	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	Jamais 28 %	Parfois 32 %	Souvent 24 %	Très Souvent 16 %	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul 32 %	Frère 36 %	Sœur 24 %	parents	Mère 8 %
19	Qui l'accompagne à l'école ?	Seul 12	Frère 8 %	Sœur 12 %	Parents 32 %	mère 36 %
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?			Oui 68 %	Non 32%	

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	Oui 52%	Non 48%
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui 48%	Non52%
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui 96 %	Non 4 %
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui 100%	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ?	Oui 44 %	Non56%
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	Oui 32 %	Non 68%
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui 48 %	Non 52 %
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	Oui 28 %	Non 72%
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ? (avec son père)	Oui 48 %	Non 52%
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	Oui 4 %	Non 96%
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui 60 %	Non 40%
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui 72 %	Non 28%
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui 64 %	Non 36%
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui 84 %	Non 16%
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui 60%	Non 40%
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui 76%	Non 24%
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui 76%	Non 24%
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui 84 %	Non 16%
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui 64 %	Non 36%

40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui 64 %	Non36%
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui 40%	Non 60%

Lorsque l'on analyse les grilles de résultats, on observe que :

A la maison, ça se passait très mal ou moyennement avec leur enfant pour 56 % des mères, alors que ça se passe très bien, bien ou assez bien pour 44 %.

A la maternelle, ça se passait très mal ou moyennement avec leur enfant pour 72 % des mères, alors que ça se passe très bien, bien ou assez bien pour 28 %. Les mères veulent toujours savoir où est leur enfant (souvent et très souvent) à 76 %. Par contre 84 % ne leur disent pas quoi regarder à la télé.

80 % des mères ne sont pas fières et ne font que parfois ou jamais de compliments à leur enfant. 56 % des mères prennent parfois leur enfant dans leur bras et 56 % les embrassent parfois. 56 % jouent parfois avec leur enfant et 36 % jamais.

84 % ne font jamais ou parfois une activité que l'enfant aime et 52 % des pères, parfois ou jamais.

76 % des mères ne lisent jamais ou parfois une histoire le soir.

Il apparaît dans ces chiffres que les enfants hyperactifs demandent une surveillance étroite de leurs faits et gestes tout au long de la journée et que les parents ne sont portés ni à jouer, ni à faire une activité spéciale ou lire une histoire. Une maman avouait avoir un rejet de son enfant, et une autre avouait en avoir honte. 60 % veulent toujours venir avec la maman. 40 % des enfants ne viennent jamais se coller à leur mère devant la télé et 16 % parfois.

28 % ne pleuraient jamais pour venir à la maternelle et 32 % parfois, seuls 40 % pleuraient souvent ou très souvent. Cela fait 72%qui pleuraient parfois, souvent ou très souvent. Seulement 12% des enfants viennent seuls à l'école et 36% avec leur mère.

32 % des mères n'habitent pas tous les jours avec l'enfant. 52 % des mères ont été séparés de l'enfant pendant une période.

48 % ont allaité. 100% des enfants ont pris leur biberon avec d'autres personnes et 96% ont été gardés par quelqu'un d'autre, le plus souvent les grand-mères. 44 % ont été hospitalisés. 68 % des mères ne travaillent pas en dehors des heures d'école. La moitié des mères ont allaité de 0 à 8 mois. Les enfants ont presque tous été confiés à d'autres personnes pour qu'elles les gardent et leur donnent le biberon, durant leur très jeune âge, le plus souvent aux grand-mères.

48 % des enfants sont allés à la crèche ou chez une nourrice. 72 % des enfants ne sont pas dans les jupes de leurs mères. Les hyperactifs ne restent pas toujours près de leur mère. Cependant, 72 % ont eu des problèmes de séparation à l'entrée en PS. 64 % des enfants aiment l'école et 60 % lisent avec les mères à la maison mais ils sont 76 % à avoir des difficultés en lecture. 84 % des enfants sont attachés à leur grand-mère et 76 % vont souvent chez elle. 64 % sont souvent avec les oncles et tantes et 64 % jouent souvent avec leurs cousins. 60 % des pères n'ont pas toujours été avec leur enfant.

D'après les vingt-cinq entretiens avec les mères d'enfants hyperactifs, on peut noter qu'aucun n'a peur des étrangers et qu'ils aiment l'école malgré des difficultés de comportements et de lecture. Le contrôle parental s'exerce sur le fait de toujours vouloir savoir où ils sont, ce qu'ils font et de les accompagner ou de les faire accompagner à l'école, mais pas sur ce qu'ils doivent regarder à la télé. Plus de la moitié des parents sont séparés.

Il y a 20 garçons pour 5 filles. La moitié des mères ont allaité de 0 à 8 mois. Ils ont tous été confiés à d'autres personnes pour qu'elles les gardent et leur donnent le biberon, durant leur très jeune âge, le plus souvent aux grand-mères.

Dans notre étude, il y a 20 garçons pour 5 filles ce qui ne correspond pas au nombre donné par Revol (ibid) concernant la prévalence de la maladie chez les garçons (5 garçons pour 1 fille).

D'après les vingt cinq entretiens avec les mères d'enfants hyperactifs, on peut noter qu'un seul a peur des étrangers et qu'ils aiment l'école malgré des difficultés de comportements et de lecture.

Ces 25 cas d'enfants diagnostiqués hyperactifs, scolarisés sur les secteurs St Paul et de St-Denis, présentent un attachement dysconfiant. C'est ce qui ressort de l'analyse des 25 questionnaires.

QUATRIEME PARTIE- DISCUSSION

I- Discussion de la méthode

La difficulté était dans le fait de connaître quels sont les enfants hyperactifs. Il existe bien les échelles de Conners mais il semble qu'elles soient peu utilisées, qu'on hésite à parler d'hyperactivité et qu'on a du mal à la distinguer d'une motricité normale d'un enfant plein d'énergie. D'autre part, les médecins respectent le secret médical et n'informent souvent que les parents et pas l'école. J'ai du passer par les enseignants référents et par les membres des RASED pour avoir suffisamment de cas.

Le questionnaire avait déjà été validé par le ministère de la santé du Canada. Il reprenait des items sur l'attachement. Je l'ai fait passer à trois mamans puis ai rajouté des questions sur le père et l'école. Les entretiens avec passation du questionnaire ont été très intéressants. En effet le questionnaire guide le dialogue et les mères se remettent en mémoire leur allaitement, la relation avec l'enfant, l'entrée à l'école et les liens avec l'entourage. Cela permet de faire l'anamnèse et de provoquer une réflexion sur la relation mère / enfant.

Les items sont-ils vraiment représentatif d'un attachement dysconfiant ? Il semble qu'ils le soient car cela a été vérifié précédemment que des difficultés de séparation, une tendance trop fusionnelle ou un sentiment d'abandon, témoignent d'un attachement dysconfiant.

Ce que l'on retrouve chez toutes ces mères, c'est qu'elles ont confiés leur enfant à d'autres personnes pour le maternage. On remarque que les mères qui travaillent ont également un attachement dysconfiant sans doute dû à leur absence.

Dans les CLIS, il n'y a pas forcément plus d'enfants hyperactifs que dans les classes ordinaires. Nous n'avons pas noté la présence de deux enfants diagnostiqués hyperactifs dans la même classe. Cependant, il y avait d'autres enfants agités mais non diagnostiqués.

Beaucoup d’enfants échappent à une prise en charge et cela est regrettable car avec des soins la scolarité de l’enfant hyperactif s’améliore. Il est important de s’intéresser à ces enfants car leur vie, celle des parents et des enseignants se trouvent affectées par ce trouble.

Il est important que les enseignants soient mieux informés afin de prendre de la distance et d’adapter leur pédagogie.

Pour éviter qu’un enfant hyperactif ne devienne agressif on devra prendre en compte divers éléments.

Comme une agression est le plus souvent déclenchée par une frustration, on pourra veiller à soulager les tensions, la pression scolaire. Face à des réprimandes, l’enfant risque de se venger sur un enfant « souffre douleur ». Souvent les garçons agressifs interprètent le comportement de l'autre comme de l'hostilité et font un biais d’attribution. L’apprentissage à travers l’observation de modèles pourra diminuer l’agressivité.

Si un enfant se rend compte que ses parents sont indulgents voire fiers de lui lorsqu’il est agressif ou dominant avec d’autres enfants, il sera encouragé à adopter plus souvent ce type de comportement à l’avenir. Le rôle des parents est très important. Certains jeux vidéo et films sont donc à éviter. Un comportement sera d'autant plus imité qu'il est renforcé positivement par des bonbons ou des jouets pour les enfants, mais également par l’approbation sociale. Il sera important de faire réaliser des tâches renforçant le statut social (tableau de services, responsabilités). Les renforcements vicariants ont les mêmes effets que les renforcements directs. Il faut toujours expliciter les règles de vie, le règlement intérieur et se tenir au cadre fixé.

Il faudra toujours penser à un retour au calme ou à une activité relaxante après une excitation pour éviter qu'il y ait un transfert d'excitation. La combinaison de récompenses directes et de punitions indirectes sera plus efficace. Il faut valoriser les comportements positifs.

II-DISCUSSION DES RESULTATS

A la Réunion où l'on sait que souvent les jeunes mères confient leur bébé à la grand-mère et que les sœurs sont souvent impliquées dans la garde des enfants, la succession de ces personnes peut entraîner des troubles de l'attachement.

Les jeunes mères qui poursuivent une scolarité au collège ou au lycée et qui ont des centres d'intérêt d'adolescentes, peuvent être trop souvent absentes et ce faisant créer un trouble de l'attachement. Cela peut-être aussi le cas pour des mères qui travaillent beaucoup et sont souvent absentes.

Les résultats de notre enquête sur un échantillon de référence composé de mères d'enfants hyperactifs, portent sur 25 entretiens durant lesquels bien sûr les gens sont libres de dire la vérité ou de mentir. D'autre part, nous avons eu des entretiens qui concernent 20 garçons et 5 filles ce qui ne correspond pas tout à fait au nombre donné par le REVOL[53], (2004), concernant la prévalence de la maladie chez les garçons (5 garçons pour 1 fille).

Le questionnaire a été validé par le ministère de la santé du Canada. Il a été soumis à une près expérimentation auprès de mères d'enfants hyperactifs.

80 % des mères ne sont pas fières et ne font que parfois ou jamais de compliments à leur enfant. 56 % des mères prennent parfois leur enfant dans leur bras et 56 % les embrassent parfois. 56 % jouent parfois avec leur enfant et 36 % jamais.

84 % ne font jamais ou parfois une activité que l'enfant aime et 52 % des pères, parfois ou jamais.

76 % des mères ne lisent jamais ou parfois une histoire le soir.

---

[53] REVOL O., (2004), « L'enfant hyperkinétique », Hôpital neurologique de Lyon, Article publié sur Internet, http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/revol/hyperkyne.html

Il apparaît dans ces chiffres que les enfants hyperactifs demandent une surveillance étroite de leurs faits et gestes tout au long de la journée et que les parents ne sont portés ni à jouer, ni à faire une activité spéciale ou lire une histoire. Une maman avouait avoir un rejet de son enfant, et une autre avouait en avoir honte. 60 % veulent toujours venir avec la maman. 40 % des enfants ne viennent jamais se coller à leur mère devant la télé et 16 % parfois.
28 % ne pleuraient jamais pour venir à la maternelle et 32 % parfois, seuls 40 % pleuraient souvent ou très souvent. Cela fait 72%qui pleuraient parfois, souvent ou très souvent. Seulement 12% des enfants viennent seuls à l'école et 36% avec leur mère.
32 % des mères n'habitent pas tous les jours avec l'enfant. 52 % des mères ont été séparés de l'enfant pendant une période.

48 % ont allaité. 100% des enfants ont pris leur biberon avec d'autres personnes et 96% ont été gardés par quelqu'un d'autre, le plus souvent les grand-mères. 44 % ont été hospitalisés. 68 % des mères ne travaillent pas en dehors des heures d'école.

48 % des enfants sont allés à la crèche ou chez une nourrice. 72 % des enfants ne sont pas dans les jupes de leurs mères. Les hyperactifs ne restent pas toujours près de leur mère. Cependant, 72 % ont eu des problèmes de séparation à l'entrée en PS. 64 % des enfants aiment l'école et 60 % lisent avec les mères à la maison mais ils sont 76 % à avoir des difficultés en lecture. 84 % des enfants sont attachés à leur grand-mère et 76 % vont souvent chez elle. 64 % sont souvent avec les oncles et tantes et 64 % jouent souvent avec leurs cousins. 60 % des pères n'ont pas toujours été avec leur enfant.

Pour certains enfants, il apparaît nettement que la mère par son absence ou son comportement n'a pu devenir une base de sécurité pour l'enfant et qu'un attachement dysconfiant s'est installé. Pour d'autres, il semblerait que ce soit la succession des figures d'attachement ainsi que la réaction de rejet ou de honte face à des conduites motrices différentes d'enfants ordinaires qui soient à l'origine d'un attachement dysconfiant mais on ne saurait définir la part de chaque facteur. Toutefois, il faudrait un échantillon plus important pour affirmer des choses. Il semble néanmoins qu'on puisse dire dans presque tous les cas qu'un attachement dysconfiant entre la mère et l'enfant se soit instauré.

Dans notre étude globale, on n'a pas tenu compte du type d'hyperactivité ni du type d'attachement. L'hyperactivité dépend t- elle du type d'attachement ?

Pour Bowlby (ibid), la capacité à utiliser le langage et les symboles, est inscrite dès les premiers jours dans l'organisation du comportement d'attachement.

On peut penser qu'un attachement dysconfiant serait à l'origine de difficultés d'apprentissage de la lecture. .

Sans intersubjectivité dès les premiers jours, cela a été montré, un tableau de mère d'enfant autiste se dresse rapidement. Une sur-stimulation mère/enfant permettrait-elle d'améliorer le lien au cours des premières semaines comme cela se pratique plus tard en thérapie ?

Comment expliquer que les garçons soient plus atteints que les filles dans trois domaines ? :

-la dyslexie (3 garçons pour 1 fille)

-l'autisme (4 garçons pour 1 fille)

-l'hyperactivité (5 garçons pour une fille)

On ne doit pas exclure les causes génétiques mais si ce qu'affirme Cyrulnik (1989) est vrai : « Les mères réagissent plus avec leurs bébés filles qu'avec les bébés garçons (jusqu'à 3 fois plus de sollicitations », un attachement dysconfiant concernant plus de garçons que de filles pourrait-il être la cause de cet écart important ?

Les enfants hyperactifs par leur comportement instable d'origine physiologique, durant les premiers mois de la vie favoriseraient un attachement dysconfiant.

L'attachement dysconfiant des mères avec leurs fils serait-il à l'origine de plus nombreux cas d'hyperactivité chez les garçons que chez les filles?

Cette question reste en suspend car dans notre population on a noté également un attachement dysconfiant aussi chez les filles hyperactives. Pour le savoir, il faudrait faire une étude longitudinale sur plusieurs années avec un échantillon significatif.

III-Entretiens et discussion

Vingt cinq entretiens avec des mamans d'enfants hyperactifs ont été menés. Ils ont eu une durée moyenne d'une heure. La grille d'entretien a été remplie et des notes supplémentaires ont été prises.

1-Maman d'un garçon de 5 ans et demi, Paul décrit comme hyperactif par l'école :

La maman est enseignante mariée avec un enseignant. Elle a deux garçons : un de 5 ans et demi et l'autre de 7 ans.

Le fils de 5 ans et demi en GS est signalé aux parents comme hyperactif, incapable de respecter les règles. Une maîtresse dit que l'enfant n'a pas les outils pour vivre en groupe. Le médecin dit qu'il est précoce et pénible.

Il a été sous traitement à la demande de la maîtresse. C'est fatigant pour les parents. Il a une hyperactivité motrice, à 4 ans il pouvait faire 10 km à pied, il est intrépide. Il fait de la moto, il parle sans arrêt, il parle seul. Il fait de la métacognition en permanence. Nous sommes partis en vacances une semaine à Mayotte et sans télé, c'est dur. Il n'arrête pas de 6 h du matin à 8 h du soir. Il s'entend bien avec son grand frère mais il est meilleur sur le plan de la motricité. Ils ne peuvent pas faire une activité sportive ensemble car le plus jeune est plus fort et met son frère en échec. Il y a souvent le cousin qui est là, au moins 3 fois par semaine.

La sœur du mari habite à côté et le papa joue un peu le rôle de père donc l'enfant est un peu l'enfant du milieu car le cousin est plus jeune. On a consulté notre médecin à la demande de l'institution. Mon fils est dans l'affectif, il aime sa maman. Il est très égocentrique, susceptible. Il va être dépisté par le médecin du CMS (médecine scolaire) et il a rendez-vous le 23 avec lui. Les maîtresses en sont à ne plus vouloir de lui en classe. Il a été traité et le médecin de ville dit que c'est la maîtresse qui ne sait pas le prendre. Depuis la PS, 3 maîtresses ont craqué avec lui. Il a été giflé.

Maintenant, les parents pensent que ça vient de lui. Il y a des échanges entre les 2 GS et la maîtresse de l'autre classe dit qu'il n'a pas les outils pour être en groupe. Il n'y a pas de règles pour lui.

Il a tout le temps la voix cassée, il est dans l'exagération. Il passe au CP/CE1 l'année prochaine parce que la maîtresse pense que ça lui ira mieux.

Il n'arrête pas une minute. Il n'a aucun trouble du sommeil. Ce matin, il pleurait parce qu'il ne voulait pas aller à l'école.

Il ne veut pas faire la sieste et le problème, c'est qu'après la cantine, on l'oblige à s'allonger et à rester sans bouger. Il est très en avance au niveau de la motricité, il est très fort.

Il a fait ses nuits à 3 ans et demi, avant il se réveillait car il bougeait beaucoup. Hier, il a fait tout le magasin sur le dos. Pour les parents, il n'est pas toujours hyperactif. Mais il bouge, il a une énergie débordante.

Avec la grand-mère, il ramasse toutes les pommes de terre pendant deux heures. Il est dans la perfection. Il faut qu'il soit le meilleur. Il sait faire la lessive, préparer à manger. Il va tout préparer, couper les oignons en petits carrés, il fait les frites. Pour le canaliser, il fait du judo (une fois), de la piscine 2 fois, de la moto 1 fois, de la guitare une fois par semaine. Il nous prend du temps. Son frère est précoce, mais il a une mauvaise motricité. Le problème c'est que les deux ne peuvent pas faire une activité ensemble. Le plus jeune est très bon au foot, meilleur que son frère et ça le met en échec. Depuis qu'il est petit, il s'habille seul. En classe, la maîtresse lui explique qu'il faut lever le doigt et il est privé de parole. Il est souvent puni. Il ferme la bouche mais le problème c'est que c'est tous les jours. Il est manipulateur (fourbe). Il envoie les autres faire une connerie et il est puni pour ça. Il a bien compris qui il peut manipuler, par exemple un handicapé l'année dernière. On se faisait convoqué et on avait honte. Il n'a pas le respect de l'adulte. Il a un esprit critique. La maman dit qu'elle ne voudrait pas qu'il gobe tout. La maman justifie tout avec lui. Il ne faut pas que tu fasses ça parce que…

A l'école, elle en bave parce qu'il demande qu'on justifie tout. Il est vraiment dans l'affectif avec sa mère. Pour elle, il l'admire. La maîtresse est très rigide.

Quand elle apprend : « Une souris verte.. », il réplique « Une maîtresse rouge… ». La maîtresse ne l'aime pas et elle les convoque. Il a été privé du gâteau d'anniversaire qu'il avait emporté. Il est revenu avec.

La maîtresse s'investit sur le plan scolaire, il est entré dans la syllabique, il sait toutes les lettres, il compte jusqu'à 200. Il fait des choses avec elle. Il n'admire pas sa maîtresse. Pour la mère, l'école est importante mais le père, ça le fait rire. C'est valorisant d'avoir un fils bon en EPS.

Pour la mère, il n'est pas en souffrance. Le neveu oui. Il s'automutile. Ma belle sœur s'est fait larguée quand il avait 3 semaines, elle a fait une dépression.

Il fait tout pour qu'on ne l'aime pas, il est violent. Il est incapable de se concentrer, il n'arrive pas à fixer alors qu'à 18 mois, il parlait couramment. Il est suivi par le RASED. Il raconte (fabulateur) des trucs pas possibles.

Mon fils est premier. Mais la maîtresse dit qu'il y a des choses qui ne vont pas.

Puis nous remplissons ensemble le questionnaire. Elle pense que l'écart entre les enfants est un facteur important et qu'elle n'a pas eu assez de temps pour s'occuper des deux puis elle a été prise à l'IUFM et il a eu une dérogation pour entrer à la crèche à 2 mois.

L'aîné était plus demandeur, elle l'a allaité jusqu'à 16 mois. La mère travaillait et le voyait le week-end ou 1 h par jour. Son père le récupérait à 15 h 30 à la crèche.

L'année dernière, il a pris l'avion tout seul à 4 ans pour aller chez ses grands-parents.

Commentaire :

On remarque que la maman qui travaillait a mis son enfant à la crèche dès l'âge de deux mois et que c'est le papa qui récupérait l'enfant. Cela a pu entraîner un attachement dysconfiant. D'autre part, le fait de justifier tous les ordres, fait que l'enfant n'est pas habitué à respecter l'autorité sans justification de la maîtresse. Il est à noter que l'enfant peut profiter des visions différentes de ses deux parents de l'école.

1	*Questions à la maman de Paul :*	1	2	3	4	5
	A la maternelle, comment ça se passait	Très mal	Moyen-nement	Assez Bien	Bien	Très Bien
1	avec votre enfant ?				X	
2	avec son père ?			X		
3	avec ses frères et soeurs?).					X

4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-Nement X il est X dur	Assez bien	bien	Très Bien X
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X	parfois	Souvent	Très Souvent X	Il adore Se cacher
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X X	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X	Souvent X	Très souvent	
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X	Souvent X	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	Rituel Il écoute son CD

15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ? (ou à son père)	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	Frère X	sœur	Parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	sœur	Parents X	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui X	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	Oui X Combien de temps ?3 semaines	Il est parti chez ses grands-parents
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui X Combien de temps ?4 mois	non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X il est allé à la crèche à 2 mois, le père le récupérait	La mère le voyait le week-end ou 1 h /jour
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père)	Oui X à la crèche et avec son père	Jusqu'à un an

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?		Non X
26	Travailliez-vous en dehors des heures d'école?	Oui X au début	Pd d'horaires
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui 6 mois puis en nourrice jusqu'à 3 ans	
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ? (avec son père)	oui	Non X
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui X	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	oui	Non X
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X sauf la sieste	Il ne dort pas
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Pb de comportement	Non X pas dans les apprentissages
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui X	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	oui	Non X
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X pour les vacances	2 mois par an
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	Grands-parents
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X avec sa tante	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui X	

Age : ……31……..ans profession : …Professeur des Ecoles……..
Nombre d'enfants : …2…….. (…2.. garçons 7 ans et 5 ans et demi)
Ecart avec l'enfant précédent :…1 an et demi… L'aîné était plus demandeur que le bébé. La mère a allaité le 1er jusqu'à 16 mois lorsqu' elle a accouché.

2- Entretien avec la maman d'un enfant de 10 ans hyperactif, Stan en CLIS (classe d'intégration scolaire) :

Il vit avec ses parents, ses frères et sœurs et une tante. A la maternelle, il était ne parlait pas beaucoup, il ne faisait pas son travail et il a été mis de côté. Ca n'a pas plu à la mère. Il ne s'est pas adapté. Maintenant, il bouge. A la maison, il peut s'asseoir devant la télé ou les jeux. C'est l'école et le médecin scolaire qui ont dit qu'il l'était hyperactif. Il peut rester sur sa chaise à la case.

En 2000, la mémé est morte et il ne parlait plus du tout pendant 3 ou 4 mois. Il était plus habitué à la mémé avec qui il dormait. Elle lui donnait tout son amour et le consolait.
Il essaie d'écrire son prénom, son âge et son adresse. Dès fois, il oublie et puis ça lui revient. La mère ne sait pas trop ce que c'est qu'être hyperactif. Elle a l'impression que c'est une étiquette. Elle lui dit qu'il sera puni s'il fait des bêtises. Le soir il lui demande de venir. Elle joue aux dominos avec lui. Il aime aussi les petites croix (morpion). Il aime bien dessiner.
Dès fois, il dit qu'il est fatigué. Il aimait la maternelle. Il était malentendant, il avait des acouphènes. Il a eu des otites séreuses et a subi 3 interventions. Maintenant ça va. Il a du mal à dormir seul. La mémé habitait dans la maison et l'enfant dormait avec elle jusqu'à son décès en 2000. Il a eu des difficultés à la maternelle et au CP. Il ne sait pas lire. La maman essaie de lui apprendre les mots en syllabes. Il a appris par cœur les pages du livre, il était malentendant. Pour les chiffres ça va. La mémé a été malade pendant 6 mois. Avant, la mère travaillait 2 fois par semaine. Il a raté la piscine à cause de ses drains et n'a pu y aller que 3 fois. La maîtresse pense qu'une journée c'est long pour l'enfant, il a l'air fatigué. La mère lui dit de rester car il va s'ennuyer à la maison. Il ne veut pas manquer le samedi.

Commentaire :

Il a été hospitalisé deux fois pour coupures et blessures. On voit bien que l'attachement particulier avec la grand-mère avec laquelle l'enfant a dormi jusqu'à son décès et la présence des tantes, ont pu entraîner un attachement dysconfiant avec la maman. D'autre part, les problèmes d'audition ont crée des difficultés de socialisation et de compréhension des consignes.

2	*Questions à la maman de Stan :*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et sœurs?).	Très mal	Moyen-nement	Assez bien	bien	Très Bien X X X
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et sœurs?	Très mal	Moyen-nement	Assez bien	Bien X X X	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X il choisit	parfois	Souvent X	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	parfois	Souvent X X	Très souvent	Quand il fait une bêtise on lui dit
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X	

12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois x X ballon, jardin	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ? (ou à son père)	jamais	parfois	Souvent	Très Souvent X	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très Souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	Jamais X il aimait bien l'école	parfois	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	Frère X	sœur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	sœur	Papa X	mère

20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?	Oui X	non
21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui Combien de temps ?	Non X
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui X 8 mois	non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X la mémé	non

24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père)	Oui X La mémé	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?non	Oui 2 fois 2jrs coupé au bras	3jrs choc à la tête
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?		Non X
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	Avant oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui X	Non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	oui	Non X
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui X	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ? Il ne sait pas lire mais je lui en lis	Oui X	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X tous les 15 jours	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X mémé	décédée
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X sa tante qui vit	Avec eux
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui X	non

Age : ……38…..ans profession : …sans……..

Nombre d'enfants : …3…….. (……1 filles 14 ans, …….1. garçons 19 ans)

Ecart avec l'enfant précédent :…4 ans……., ……

3-Entretien avec la maman d'un garçon de 6 ans et demi au CP, Robin décrit comme hyperactif par l'école :

C'est un enfant unique dont les parents sont séparés. Il ne sait pas lire et il va redoubler. C'est le psychologue qui a dit qu'il était hyperactif. La maman qui ne travaille pas est séparée du papa depuis que l'enfant avait 3 ans. L'enfant est soit avec la mère, soit avec le père ou chez la mémé qui habite à côté de l'école. Une tante habite avec la mémé et s'occupe de l'enfant et l'amène à l'école.

Depuis qu'il est bébé, il est très souvent chez sa grand-mère qui le garde, souvent c'était les tantes qui lui donnaient son biberon. Chez sa mémé, il dort dans le même lit qu'elle.

A l'école, il n'obéit pas. Il ne s'assoit pas à sa place et va parler aux autres. Il n'écoute pas la maîtresse. Il se lève sans arrêt. A la maison, il court partout et va jouer chez les voisins ou dans la cour car sa mère habite en appartement. Il ravage beaucoup. Il se blesse beaucoup. Il a eu des points de suture 3 fois. Cette année il fait du foot. L'école a fait venir la maman L'enfant est suivi par le RASED. On lui a conseillé un suivi orthophonique. En classe, il ne finit pas son travail et n'écoute pas.

La maman elle-même a redoublé le CP. Sa mère avait 10 enfants et elle était la dernière et son père avait quitté sa mère. C'était sa grande sœur, la nénène qui s'occupait d'elle. L'école ne l'intéressait pas beaucoup.

Commentaire :

L'enfant depuis qu'il est bébé a eu plusieurs figures d'attachement. Il a été perturbé par la séparation de ses parents. Il dort avec sa mémé. Il boit encore au biberon et se colle à sa mère devant la télé. Il est probable qu'il y ait un attachement dysconfiant. La mère a eu également un attachement dysconfiant qu'elle a reproduit avec son fils.

Voir en annexes la grille d'entretien :

3	*Questions à la maman de Robin :*

4)-Entretien du 16/6/06 avec la maman d'un garçon hyperactif de 10 ans, Pierre en CLIS à St-gilles les hauts

La mère est enseignante en maternelle. Au début, il était avec elle (dans la même école) et s'était difficile. Il pleurait en PS. La maman s'occupait des GS. Il y a eu un problème d'adaptation. Il gribouillait en MS, il ne savait pas faire le bonhomme. Il ne pleurait plus mais était toujours angoissé. On a fait appel à la psychologue scolaire à la fin d'année, à la demande de la maman. Il y avait un problème de travail. On a parlé d'hyperactivité.

Il a été suivi en pédopsychiatrie et en orthophonie. Il a été sous Ritaline. A 4 ans et demi, il a fait une crise d'épilepsie, on a parlé de convulsions dues à la fièvre puis à 5 ans il en a fait une seconde. Après avoir pris de la Ritaline, c'était une momie, c'était affreux. Il en a pris 3 mois, tous les jours.

Lors de sa seconde crise d'épilepsie, on a vu un pédiatre qui a parlé de crise hyperkinétique puis on a vu un spécialiste à St-Denis qui a dit qu'il était épileptique. Son hyperactivité était due à l'épilepsie, il a eu un traitement avec de l'Urbanil, du Rivotril et de l'hydrocortisone.

Il a commencé l'orthophonie à 5 ans puis il allait chez le pédopsychiatre. Il a arrêté le traitement en août 2005. Depuis, on a fait deux électro-encéphalogrammes et ça va. La maman a été suivie par le psychiatre. En classe ça va, mais il reste un peu lent et a des problèmes de concentration. Il a appris à lire et ça lui a fait du bien d'être en CLIS. La maman est un peu angoissée par rapport à son passage en CE2 l'année prochaine car la CLIS va fermer. Avec le soutien de tout le monde ça ira. Elle espère une aide du RASED l'année prochaine. Il s'est mis au foot et c'est sa passion. Il continue l'orthophonie 2 fois par semaine.

Il n'a plus de traitement. Il a un frère de six ans et lui en a dix. Ils ont 4 ans de différence. En fait c'est pendant sa grossesse du second qu'il est rentré à l'école et il était en MS lorsque son frère est né. La maman a appris à lâcher prise.

Elle dit qu'il faisait tout pour attirer l'attention. Il sautait le portail, il versait du ketchup sur le fauteuil, personne ne voulait le garder. Il y a des problèmes depuis la maternelle avec le bébé. La maman était plus exigeante.

A la naissance c'était dur, elle a souffert pendant deux jours, le travail était très long. Après, il se réveillait toutes les deux heures. Durant la grossesse déjà, il bougeait beaucoup. Il a fait ses nuits seulement à deux ans. La maman a fait un rejet vis-à-vis de lui.

Il a été opéré des végétations à 9 mois car il ronflait. Il était souvent malade (rhinites). Son carnet de santé est plein, on a même rajouté des pages.

Maintenant, il adore les gâteaux et en fait souvent avec sa maman. Elle ne joue pas avec lui et ne lui lit pas d'histoire le soir. Elle l'aide à faire ses devoirs.

Maintenant, il fait beaucoup d'activités, seul. Avant, après l'école il allait au centre de loisir 2 fois par semaine pour faire ses devoirs. Jusqu'à la CLIS, il n'aimait pas l'école. Le matin il traînait. Il ne voulait pas aller à l'école. Maintenant, il aime l'école. Il lit pour déchiffrer, on travaille la compréhension mais c'est difficile. J'espère que ça ira l'année prochaine.

Commentaire :

Depuis avant la naissance, l'enfant bougeait beaucoup. L'accouchement a été difficile et la mère a fait un rejet de l'enfant qui avait du mal à dormir et était souvent malade. Il a mal vécu sa PS : il y a eu des difficultés de séparation à l'entrée à l'école et il pleurait beaucoup. Il ne comprenait pas pourquoi sa mère s'occupait d'autres enfants et qu'il devait rester dans une autre classe. Les problèmes ont nécessité l'appel à la psychologue scolaire en MS alors que la mère avait un second fils. IL semble que l'arrivée d'un petit frère ait été très mal vécue par l'enfant qui était en partie rejeté. Il y a eu un attachement dysconfiant dès les premiers mois. L'enfant a ensuite eu une relation privilégiée avec sa grand-mère, seule personne à vouloir s'occuper de lui. La maman avait beaucoup d'attentes vis-à-vis de son fils et ses attentes ont été déçues. Il n'y a pas convergence de vues entre elle et son mari, elle dit qu'il laisse tout faire alors qu'avant, elle voulait toujours savoir ce qu'il faisait et choisissait ce qu'il pouvait regarder à la télé. La situation s'améliore et elle a appris à lâcher prise. Elle admet à présent qu'elle l'a rejeté. La pression scolaire a diminué en CLIS mais l'enfant va-t-il s'intégrer dans une classe ordinaire ?

Voir en annexes la grille d'entretien :

4	*Questions à la maman de Pierre :*

5) Entretien avec le père d'une fille de 6 ans hyperactive Nathalie au CP.

Elle bouge beaucoup et a des difficultés de concentration. Elle aimait beaucoup l'école. Elle a une petite sœur de 3 ans qui est née lorsqu'elle est entrée à l'école. Avant elle était déjà turbulente et elle aimait commander. C'est la grand-mère qui la gardait.

Elle disait qu'il fallait la faire courir pour qu'elle puisse dormir. Les parents sont séparés depuis trois ans et c'est le père qui a la garde depuis cette année. La petite a toujours passé plus de temps avec le père et avec la grand-mère. La maman ne se souciait pas trop de sa fille qui était plus attachée à son père. Le père l'amenait jouer au parc tous les week-ends. Les parents travaillaient et c'est toujours la grand-mère qui l'accompagnait à l'école et encore aujourd'hui. A la maison, elle regarde ses dessins animés toute seule.

Le papa travaille de bonne heure et la petite va à l'école près de chez sa grand-mère. Elle habite avec le papa mais va souvent dormir chez la grand-mère et chez sa mère un week-end sur deux.

Lorsqu'elle était petite, la maman allait en formation et ne pouvant pas trop s'occuper de l'enfant la laissait souvent chez la grand-mère maternelle. C'est le docteur qui a dit qu'elle était hyperactive. Le père aussi était hyperactif étant petit. Elle lit avec la grand-mère et parfois avec moi.

Commentaire :

C'est le médecin qui a dit qu'elle était hyperactive. Les parents sont séparés et c'est le père qui a la garde. C'était très souvent la grand-mère qui s'occupait de l'enfant. La mère était en formation puis travaillait et ne s'occupait pas tellement de sa fille. Il est probable qu'un attachement dysconfiant se soit installé.

Voir en annexes la grille d'entretien :

5	*Questions à la maman de Nathalie :*

6) Rencontre avec la maman de Tila une fille hyperactive au CP 6ans et demi.

Le papa est parti en métropole quand elle avait un an. Elle a été hospitalisée pendant quelques mois suite à une brûlure. Ses vêtements ont pris feu sur une bougie alors qu'elle avait deux ans et demi. Elle a fait pipi au lit jusqu'à cinq ans et demi, elle disait qu'elle rêvait qu'elle était aux toilettes.

Le papa a laissé ses deux filles et s'est remarié en métropole. La mère vit avec un homme et c'est le petit père qui a élevé l'enfant depuis l'âge de deux ans et ça se passait assez bien. La mère voulait toujours savoir ce que faisaient ses enfants et c'est elle qui disait quoi regarder à la télé. A l'âge de trois ans elle a eu un petit demi-frère et cette année la mère a eu une petite fille. La maman a quatre enfants dont deux avec le petit père (trois filles et un garçon). La mère ne sait pas à quelle heure elle se couche car l'enfant s'endort toujours tard. La maman amène souvent sa fille à la pêche et elle aime bien ça. Sa fille aime l'école mais elle a des difficultés pour apprendre à lire et pour écrire. Elle se trompe dans les lettres et fait des inversions. C'est le psychologue qui a dit qu'elle était hyperactive. Elle aime beaucoup jouer avec ses cousins qui habitent à côté.

Souvent la grand-mère gardait l'enfant lorsqu'elle était bébé mais elle est morte quand elle avait deux ans. Elle est un peu jalouse de son petit frère et du bébé. A la maison elle bouge beaucoup et joue souvent dehors.

La maman lui raconte quelquefois des histoires le soir. La maîtresse l'a signalée au RASED car elle manque d'attention et a des difficultés d'apprentissage.

Commentaire :

Le psychologue a dit qu'elle était hyperactive. Le père a quitté sa femme quand elle avait un an. La grand-mère qui gardait souvent l'enfant est morte quand elle avait deux ans. Après la mère s'est mise en ménage avec le petit père et a eu deux enfants. Elle a eu un petit demi-frère à 3 ans lorsqu'elle rentrait à l'école. Il est probable qu'il y ait eu un attachement dysconfiant avec plusieurs figures d'attachement et deux pertes successives, le père et la grand-mère et la venue du petit père.

Voir en annexes la grille d'entretien :

6	*Questions à la maman de Tila :*

7) Maman d'un enfant de 5 ans hyperactif Johan enfant unique de parents séparés depuis sa naissance.

A l'école en PS, ils ont fait venir la psychologue scolaire. La maîtresse ne pouvait pas le voir, elle n' arrivait pas à le gérer, elle était en dépression. Je suis allée voir un psychiatre qui m'a dit qu'il était précoce. Il est retourné à l'école et ça ne c'est jamais arrangé. Au CMPP, ils m'ont dit que tout allait bien, qu'il était intelligent et avait un très bon niveau de langue. Il a parlé à deux ans et demi, il a utilisé la syntaxe directement. En PS, il tapait et faisait vraiment mal aux autres. En MS la maman l'a changé d'école. Ils voulaient le renvoyer de la garderie. La maman travaille et vit seule. La psychologue a dit qu'il était hyperactif, il a été suivi en rééducation et a eu un suivi psychologique. La psychologue a dit qu'il était malheureux à cause de son père absent (en métropole) et aussi à cause de la maman qui n'était pas heureuse dans la vie. La psychologue a dit qu'il était hyperactif et avait un haut potentiel. C'est dans la famille, mon petit frère a 140 de QI et mon père aussi. Tout le monde a fait des études facilement. Mon fils n'est pas le meilleur de la famille. Mon petit frère reste dans son coin, il est anorexique. Il a 24 ans maintenant.

Mon fils s'est extériorisé. La prise en charge du réseau d'aides doit continuer. Dès qu'il est avec les autres, qu'il y a quelqu'un de nouveau, il faut qu'il aille le taper, pas méchamment, moi, je le vois comme ça. Marcher, il ne sait pas faire, pour lui c'est courir. Il est toujours dans la bousculade. Son cerveau, il fonctionne à fond.

Il a fait pleurer toute la classe en racontant ses cauchemars. A la psychologue, il a dit : « Je ne peux rien faire, c'est mon cœur, je ne peux pas me l'arracher ! » Cette année, en G S ça va, il est le meilleur élève de sa classe. Il est du mois de novembre, il n'a que 5 ans et les autres ont un an de plus que lui. La nouvelle maîtresse a dit qu'il est adorable, que c'est un très bon élève. Il reste à table, il est bien cadré. Il n'y a eu qu'une petite période de six semaines avec elle mais il n'a eu que des compliments, tout le contraire de ce qu'on disait avant. En dessin, graphisme, sculpture, il est très fort en pâte à modeler. Il y a eu un changement quand il est allé chez son père pour la première fois depuis deux ans. Son père est parti quand il avait trois semaines.

On s'est disputé pendant un an. Il ne savait pas ce qui c'était passé. Il était malheureux et comme on ne vivait qu'à deux, je n'avais jamais pensé à lui raconter.

Il n'avait pas vu son père depuis deux ans. Le changement est dû à ça. Cet hiver, il y est allé une semaine et ça s'est bien passé. Une cousine d'un an et demi est morte deux jours après Noël.

Elle était malade en attente d'une greffe de foie. Mon fils en parlait tout le temps en disant que c'était sa sœur en métropole. La maman dit qu'elle ne peut pas le lâcher du regard sinon il va faire une bêtise. Tout à l'heure, il était en train de se battre. Maintenant, je suis fière de lui mais avant jamais. Je ne sortais pas tellement j'avais honte chaque fois qu'on allait quelque part. Dès fois, je n'osais même plus le chercher à l'école. En PS, j'envoyais le baby-sitter le chercher. Encore maintenant, quand j'arrive à l'école, je me demande qu'est-ce qu'on va me raconter encore. C'est dur d'arriver à l'école et qu'on se demande ce qu'on va encore me dire sur mon fils. La maîtresse ne pouvait plus le voir, il a passé un mois dans la classe de la directrice. Cette année, il a passé trois semaines chez ses grands parents et chez son père. Quand il est né, son père s'est barré tout de suite avec les économies, la voiture et la voisine. Je ne pouvais plus assurer financièrement, j'ai travaillé. J'ai arrêté de travailler à la banque puis j'ai repris les études. Mon fils était à la crèche. J'ai eu ma licence puis je suis devenue professeur des écoles (PE). Je n'avais pas d'argent, je préparais le concours PE sans être payé, c'était dur, dur. Il reconnaît le mot Spiderman et MARVEUL, l'éditeur de Spiderman. Il sait écrire maman, papa. Il écrit son prénom depuis la PS. Il écrit bien.

Il est très bon en graphisme, il dessine New-York, c'est magnifique. Il veut toujours parler à son grand-père, c'est son héros, il lui a construit une cabane. Mon frère veut tout savoir de ce que je fais. Il mettait des fessées à mon fils. C'était tout le temps lui qui prenait des fessées. Mon père lui a dit d'arrêter, que ce n'était pas son rôle.

Mon frère avait tellement peur qu'il ne réussisse pas. Il avait plus peur que pour ses enfants. Mon fils est tout le temps chez mon frère, c'est sa deuxième maison.

Commentaire :

La psychologue a dit qu'il était hyperactif et précoce. Les parents se sont séparés alors qu'il n'avait que trois semaines. C'est la grand-mère qui s'en est occupée car la maman travaillait puis il est allé à la crèche

. Il n’a pas vu son père pendant deux ans. La mère ne lui parlait pas de ce qui c’était passé. La maman avait honte de sortir avec son fils qui courait partout. Il est probable qu’un attachement dysconfiant se soit développé.

Voir en annexes la grille d’entretien :

7	*Questions à la maman de Johan :*

8) Entretien avec la maman d’Eric enfant hyperactif de 6 ans au CP

Les parents sont séparés. Il a été élevé par la grand-mère. Puis il était avec la mère quand elle est revenue habiter chez la grand-mère. L’enfant dormait avec sa mère. Maintenant, la maman vit avec quatre enfants : Eric d’un premier lit, 2 enfants de son mari actuel avec une autre femme et un enfant d’elle et du petit père d’Eric. Il est le seul enfant sur les quatre à ne pas être du petit père. Son petit frère a 1 an. Il a eu une fois son papa au téléphone et l’a déjà vu une fois. Il est venu le voir quand il était petit, lorsqu’il avait deux ans et demi quand la maman habitait chez les parents. Il a téléphoné deux fois et c’est tout. La maman est avec le mari depuis 3 ans et elle a eu Allan avec lui. Le mari a deux enfants d’une première concubine qui vivent avec eux : Titia 14 ans et Romain 10 ans. Titia et Romain vont chez leur maman pendant les vacances. Les parents ne travaillent pas. Pour Eric au début c’était bien mais le déménagement et le changement d’école ça l’a troublé. La grossesse l’a rendu un peu jaloux. Il donnait des coups de poing à sa mère.

Ca ce passe bien par rapport au petit père. Avec romain il se dispute un peu. Romain et Eric dorment ensemble. Le bébé dort avec ses parents dans un lit de bébé. Titia a sa chambre. A la maison, il n’écoute pas, il faut répéter plusieurs fois pour qu’il obéisse.

Il joue bien avec Allan mais il est un peu brutal. Maintenant il joue moins durement. A la maternelle, on avait dit qu’il bougeait beaucoup. La maman a consulté 3 fois chez un psychiatre.

Après, Eric est parti seul et le docteur a dit qu’il n’avait pas besoin d’un suivi. Il est suivi en rééducation par le RASED.

Quand il regarde la télé, il faut l'appeler deux fois pour qu'il réagisse. Il aime jouer avec n'importe quoi. Il faut toujours le surveiller. Je suis fière s'il m'aide à faire des tâches à la maison. Il joue au ballon.

Depuis deux mois, il bouge beaucoup plus. Son papa a téléphoné pour son anniversaire et ça l'a perturbé. Il a dit qu'il voulait voir son papa. La mère ne connaît pas le numéro du papa. Il téléphone chez la mémé qui lui transmet le message. Peut-être que s'il voit son papa il y aura un changement. La maman évite d'en parler avec son enfant. En MS, il n'écoutait pas, la maîtresse n'en pouvait plus. Il a été mis de côté. Quand la maman a été enceinte ça l'a perturbé.

Au niveau audition tout va bien, il a fait un contrôle. Il connaît l'alphabet mais ne lit pas. Il écrit l'alphabet à la maison et fait des dessins. Le médecin a dit non pour un médicament. La mère pense que le problème vient de l'absence du père.

En classe, il y a une auxiliaire de vie scolaire (AVS) pour s'occuper de lui depuis la maternelle. Cette année l'AVS a du mal à le cadrer et parle de démissionner. En classe d'après la maîtresse, il bouge beaucoup et ne se concentre pas plus de 5 minutes sur une activité. Il s'enfuit dans les toilettes. Parfois il hurle et se jette par terre. Il refuse les activités de lecture. Quand la maîtresse crie après lui, il n'écoute pas. Lorsqu'il se trompe il est vexé. Il y a un problème de violence, l'autre jour il a donné un coup de tête dans la table. Il a porté des lunettes mais il n'en a plus besoin.

Commentaire :

C'est un médecin qui a diagnostiqué l'hyperactivité. Il a été élevé par la grand-mère puis par la mère. Quand les parents ce sont séparés, il dormait avec sa mère puis lorsque sa mère s'est mise en ménage avec son petit père il s'est retrouvé dans une famille recomposée et non seulement il n'est plus le seul enfant mais sa mère a eu un autre enfant et il est le seul a n'avoir aucun lien de sang avec le petit père. C'est devenu une sorte de « vilain petit canard ». Il y a sans doute un attachement dysconfiant avec la mère.

Voir en annexes la grille d'entretien :

8	*Questions à la maman d'Eric :*

9) Entretien avec la maman de Mauricio 6 ans garçon hyperactif au CP

La mère ne travaille pas. Le père est commercial et rentre tard le soir. Ils ont deux enfants. La maman a eu des problèmes de santé, elle souffre depuis trois ans d'un cancer de la peau et veut retourner en métropole dont elle est originaire. Le mari lui souhaite rester à la Réunion. Lorsqu'elle a appris la nouvelle elle est tombée en dépression. Elle a même pensé à se suicider. L'enfant est hyperactif. Il avait des problèmes à la maternelle depuis la PS en métropole. Il ne respectait rien, bougeait tout le temps et se roulait par terre. Quand on est arrivé à la Réunion, c'était pareil. La maîtresse nous a fait venir plusieurs fois, elle disait qu'il ne pouvait pas se concentrer et finir son travail, il y avait des problèmes aussi à la cantine. On a vu la psychologue et le rééducateur. Le médecin dit qu'il n'a pas besoin de traitement.

C'est dur de devoir venir à l'école pour entendre qu'il y a encore un problème avec Mauricio. Heureusement avec la petite sœur ça se passe bien. A la maison, il n'écoute pas la maman. Il faut que son père l'appelle plusieurs fois pour qu'il vienne. Ils vont déménager à trois bassins car ils ont trouvé un meilleur logement là-bas. Les deux enfants sont nés en métropole, Mauricio 6 ans et sa sœur de 4 ans. C'est la grand-mère qui gardait le garçon car la mère travaillait dans un magasin en métropole. Elle avait pris son congé de maternité et n'a allaité l'enfant que les premières semaines. La maman était enceinte lorsqu'il était en PS. A la maison, il bouge tout le temps. Il met un DVD tout seul mais c'est rare qu'il le regarde jusqu'au bout. Il fait du foot mais lorsqu'il revient le mercredi, il n'est pas fatigué.

Commentaire :
C'est un médecin qui a diagnostiqué l'hyperactivité. Lorsqu'il est né, la maman travaillait tard et il a souvent été confié à la grand-mère. Depuis la mère a été en dépression et ne représente plus une base de sécurité pour l'enfant. Il est probable que se soit installé un attachement dysconfiant.

Voir en annexes la grille d'entretien :

9	*Questions à la maman de Mauricio*

10) Entretien avec la dame de la famille d'accueil d'Alexandre jumeau d'Alexis 5 ans.

Ce sont des jumeaux placés car la mère ne pouvait s'en occuper. Ils ont passés 3 mois à l'hôpital avant d'être en famille d'accueil. Alexandre présente un retard d'évolution global. Alexandre est hyperactif et présente un léger retard. Il a besoin d'être suivi par le CAMPS en psychomotricité une fois par semaine, suivi éducatif une fois par mois et psychologique à la demande en dehors du temps scolaire. Ils font des activités séparément. Il y a un suivi en orthophonie deux fois par semaine et un suivi pédiatrique par le médecin de la PMI (prévention des maladies infantiles). Ils sont nés prématurés et ont été retirés de leur famille. Ils étaient dans la même classe mais on les a séparés pour voir s'il y avait moins de problème de comportement. Alexis suivait son frère pour faire des bêtises. Pour lui ça devrait aller, il devrait s'intégrer.

Alexandre lui, bouge beaucoup, il est instable et a du mal à fixer son attention. Il n'arrive pas vraiment à s'exprimer d'après la maîtresse. Il a un gros problème d'attention.

A la naissance, ils ont passés un mois à l'hôpital puis ont été remis à la maman. Comme elle ne s'en occupait pas, ils lui ont été retirés par le juge. Ils ont de nouveau séjourné à l'hôpital puis ont été placés. Ils ne pesaient alors que cinq kilos et étaient encore des bébés. Le placement est revu tous les deux ans. La maman les voit une fois par mois. Alexandre a souvent besoin d'un adulte pour s'occuper de lui. La maîtresse demande à l'ATSEM (assistante sur le temps scolaire d'école maternelle) de le surveiller. On a fait une demande d'AVSI (aide vie scolaire individuelle) pour lui car il n'est pas gérable en classe. Il veut tout le temps aller aux toilettes. Il court partout et fait le chien. On va faire un projet personnalisé de scolarisation pour demander l'AVSI. On aménage son temps scolaire pour qu'il commence à 10 heures du matin pour ne pas avoir une trop forte pression scolaire. A la maison aussi il bouge beaucoup et il faut toujours avoir l'œil sur lui. Ils dorment tous les deux et ne boivent plus de biberon. Alexis est en demande d'école à présent mais il fait des activités adaptées. A la maison Alexandre regarde la télé puis va jouer.

Commentaire :

C'est un médecin qui a diagnostiqué l'hyperactivité. Ce sont des jumeaux prématurés qui ont été hospitalisés deux fois. Une première fois à la naissance puis après avoir été retiré à la mère qui ne s'en occupait pas. Ils sont placés en famille d'accueil. Il y a eu un attachement dysconfiant dû à une mère défaillante et aux hospitalisations.

Voir en annexes la grille d'entretien :

10	*Questions à la maman (dame d'accueil) d'Alexandre*

11) Entretien avec la maman de Yann garçon de 7 ans hyperactif enfant unique au CE1

Les parents sont séparés depuis quatre ans. Ils sont d'origine métropolitaine. La maman est venue à la Réunion pour que son fils puisse voir son père. Celui-ci était venu pour travailler. Depuis que Yann est petit, il bouge beaucoup et court partout.

Il a eu des problèmes dès la PS. Il se sauvait de la maternelle et rentrait à la maison car ils habitaient juste à côté et il n'y avait un petit portillon qu'il sautait. La maîtresse ne pouvait pas le voir. Elle disait qu'il n'arrivait jamais à terminer ce qu'il commençait. Il y avait des problèmes d'attention et d'agressivité. Depuis, il n'aime pas l'école. Il frappait les autres. Le docteur m'a dit qu'il était hyperactif. Plus tard, on m'avait conseillé de la mettre au judo mais c'était pire car il se servait des prises qu'il avait apprises pour se battre avec les autres. Je l'ai inscrit au football mais l'entraîneur ne voulait pas qu'il joue, car il courait partout. Il passait son temps à faire des bêtises sur la touche. Alors il ne fait plus de sport. A l'école, il a été suivi par le RASED, le rééducateur et le psychologue en métropole puis à la Réunion. Il se met des DVD tout seul mais au bout de cinq minutes, il sort jouer dans la cour. Il voit son

papa un week-end sur deux. Lorsqu'il était petit, je travaillais beaucoup et il allait chez une nourrice.

La nourrice me disait déjà qu'il bougeait beaucoup. Maintenant je suis « famille d'accueil » et il y a deux enfants placés chez moi. Ils s'entendent bien. Ils sont comme des demi-frères et sœur. Il y a un garçon de 6 ans et une fille de huit ans.

Au début il a été un peu jaloux mais très vite ça s'est arrangé. Cette année ça va mieux, il aime l'école et s'entend bien avec sa maîtresse. Je le fais lire tous les soirs. Il a fait des progrès. L'année dernière, il avait des difficultés en lecture et confondait certains sons.

Je l'ai emmené chez l'orthophoniste et cette année il commence à lire correctement. Il a aussi été suivi par un psychologue et ça lui a fait du bien, il pensait que c'était à cause de lui que son père était parti, maintenant, il a compris que c'était parce qu'il n'y avait plus d'entente au sein de notre couple et que mon mari avait une maîtresse.

Commentaire :

Un médecin a diagnostiqué l'hyperactivité. La maman travaillait et il allait chez une nourrice, il y a eu plusieurs personnes pour s'occuper de l'enfant, il est probable que ce soit instauré un attachement dysconfiant. D'autre part, après la séparation de ses parents, l'enfant croyait que son père était parti à cause de lui et ce n'est que récemment qu'il a compris que non.

Voir en annexes la grille d'entretien :

11	*Questions à la maman de Yann*

12) Entretien avec la maman de Christophe 6 ans garçon hyperactif au CP

Il n'aime pas l'école et sa maîtresse ne l'aime pas. Il est tout le temps dans la cour car il ne travaille pas en classe et ne fait pas ce que lui dit sa maîtresse. Le papa est parti habiter au Port et il voudrait bien aller avec son papa. Il y va le week-end et souvent son père ne le ramène que le lundi et il manque l'école. Lorsqu'il était petit il restait souvent avec sa grand-mère chez qui la maman habitait. Après elle s'est mise en ménage. Son père et elle avaient souvent des disputes et il la battait. Dès fois il la frappait devant l'enfant.

Depuis qu'il est petit, il y a des problèmes de comportement à l'école. Ils disent qu'il bouge beaucoup et n'écoute pas les explications qu'on lui donne. Il se bat souvent et on se plaint de lui à la cantine. Il a des problèmes de concentration et ne finit pas toujours son travail. A la maison, c'est pareil, il n'écoute pas sa mère.

Il écoutait son père mais pas elle. Lorsque qu'elle a eu sa petite sœur, il était jaloux et jouait brutalement. Maintenant elle a trois ans et ça va mieux mais il l'embête toujours.

Il n'arrive pas à lire et pourtant, il connaît les lettres. Il aime jouer au football avec les petits voisins et ses cousins. Il n'aime pas travailler à la maison. C'est la psychologue qui a dit qu'il était hyperactif car il bouge tout le temps et a des difficultés de concentration.

La maîtresse a conseillé de l'orthophonie et la maman doit prendre un rendez-vous mais elle ne sait pas encore s'il va habiter avec son père ou pas. S'il le veut elle est d'accord. Son père lui a dit oui mais on ne sait pas quand. Il y reste quelques semaines pour les vacances. On va voir l'année prochaine car la maman avait demandé un certificat de radiation mais son père ne l'a pas inscrit à l'école alors il est revenu.

Commentaire :

C'est un psychologue qui a dit qu'il était hyperactif. L'enfant a été souvent chez sa grand-mère et y est attaché. Il y a eu plusieurs objets d'attachement et sans doute un attachement dysconfiant lorsque l'enfant voyait sa mère se faire frapper par son père. D'autre part, il est encore incertain sur son avenir proche, va-t-il aller chez son père ou non ?

Voir en annexes la grille d'entretien :

12	*Questions à la maman de Christophe*

13) Entretien avec la maman de Samantha fille hyperactive de six ans au CP

La maman ne travaille pas et Samantha est la dernière de huit enfants. Le papa travaille mais il n'est jamais là car il a une autre femme et deux autres enfants. La maman a du mal à s'occuper de tous ses enfants. Elle boit et ce sont les grandes sœurs qui s'occupent des plus petits. Samantha est partie chez sa tante depuis l'âge d'un an. Elle est revenue cette année. Il faut la surveiller car elle fait des bêtises. Elle bouge beaucoup en classe, n'écoute pas

et ne termine pas son travail. Elle n'arrive pas à lire et confond les lettres. Elle a du mal à écrire son prénom. A la maison, elle aime jouer et ne s'endort que tard le soir. Elle a passé cinq ans chez sa tante et jouait avec ses cousines du même âge. C'est sa tante qui a proposé de la garder car elle n'a que deux enfants et son mari travaille.

Elle revenait à la maison les week-ends et pour les vacances. Lorsqu'elle était bébé c'était sa grande sœur, la nénène qui s'occupait d'elle. Elle joue beaucoup avec ses frères. Elle regarde la télé avec les autres.

Elle ne lit pas à la maison car elle ne sait pas lire. La maman ne sait pas bien lire non plus. Elle ne boit plus de biberon. Le psychologue a dit qu'elle était hyperactive.

C'est vrai qu'à la maison il faut lui dire les choses plusieurs fois pour qu'elle les fasse. Elle aide un peu pour le balayage et elle jouer avec l'eau dehors.

Commentaire :

C'est le psychologue qui a dit qu'elle était hyperactive. C'est la grande sœur qui s'occupait de l'enfant durant la première année car la maman buvait. Ensuite, elle est allée vivre chez sa tante pendant plus de quatre ans et revenait les week-ends. Il semble probable qu'un attachement dysconfiant se soit crée par la succession des figures d'attachement et une mère non sécurisante.

Voir en annexes la grille d'entretien :

13	*Questions à la maman de Samantha*

14) Entretien avec la maman de Bryan garçon hyperactif de 7 ans au CE1

Bryan est un enfant hyperactif et violent. Il est signalé au RASED pour des problèmes d'agressivité et des troubles du comportement. Le psychologue diagnostique une hyperactivité. L'enfant est perpétuellement en mouvement et présente des troubles de l'attention, il n'arrive pas à se concentrer plus de deux minutes d'après sa maîtresse. Il est violent et l'on se plaint souvent de lui après la récréation et la cantine. Les autres parents de la classe se plaignent car il a frappé leurs enfants. Le médecin ne juge pas utile de lui donner un

traitement car en consultation en relation duelle son comportement semble tolérable. Il est suivi en rééducation et par le psychologue. La maman reconnaît avoir un problème avec l'alcool de temps en temps. La mère est alcoolique et elle a été abusée sexuellement dans son enfance par son petit père. L'enfant a été élevé aussi par la grand-mère et sa tante.

La maman est angoissée. Elle ne rassure pas son enfant. L'enfant est en manque de soin, il arrive souvent sale et mal lavé. Bryan n'arrive pas à se poser. L'assistante sociale suit la famille. Il sait qui est son père et le voit dans le chemin mais n'a pas de contact avec lui. Le père n'a jamais donné d'argent et ne s'est jamais occupé de l'enfant.

La mère est en attente d'un logement, elle habite toujours dans la même case que la grand-mère. La mère dit qu'elle fait ce qu'elle peut. Elle raconte que lorsqu'elle boit il s'enferme dans la chambre et ne veut pas lui répondre. Il n'obéit pas et n'en fait qu'à sa tête.

Il est toujours dehors en train de jouer au foot ou de faire du vélo. Il a une petite sœur de cinq ans et un petit frère de deux ans. Il était jaloux de la petite sœur et était parfois brutal avec elle. Ce sont des papas différents et c'est la tante qui s'occupe de préparer les enfants pour l'école. Un suivi psychologique a été demandé mais la mère n'est allée qu'à un rendez-vous. Bryan a des difficultés en lecture mais il ne veut pas lire avec sa mère à la maison, il travaille parfois avec sa cousine.

Commentaire :

C'est le psychologue qui a diagnostiqué l'hyperactivité. La mère a été abusée sexuellement dans son enfance et elle est devenue alcoolique.

Elle fait ce qu'elle peut mais elle n'est pas rassurante pour son fils. Il n'a pas eu la sécurité de base qui passe par le corps. Elle n'emploie jamais de mots chauds qui viennent du cœur, elle est toujours dans l'injonctif avec lui.

Sa position affective et psychique changeante voire menaçante lorsqu'elle boit n'a sans doute pas permis la structuration de Bryan. Il tente sans doute d'exister par la violence.

C'était tantôt la mère, tantôt la tante ou la grand-mère qui s'occupaient du bébé. Un attachement dysconfiant s'est sans doute installé.

Voir en annexes la grille d'entretien :

14	*Questions à la maman de Bryan*

15) Entretien avec la maman de Maëva fille hyperactive en CLIS de 9 ans.

Les parents sont commerçants et finissent tard le soir. Ils ont trois enfants, un garçon de 15 ans, une fille de treize ans et Maëva qui a 9 ans. Lorsqu'elle était bébé, c'était la grand-mère qui s'en occupait puis elle est allée chez une nourrice. Maëva a été placée en CLIS car elle a été diagnostiquée hyperactive par le médecin et présentait de gros problèmes d'apprentissage. Depuis la PS la maman avait dû la reprendre l'après-midi et la remettre chez la nourrice un an de plus car la maîtresse disait qu'une journée entière c'était trop pour elle et qu'elle n'arrivait pas à faire la sieste. La maman la reprenait avant la cantine. Ensuite, à la maternelle, elle n'écoutait pas et était toujours en mouvement. Elle était suivie par le RASED. Une AVSI s'occupait d'elle mais elle n'a pas beaucoup appris. Elle restait à la garderie le soir mais il y avait parfois des problèmes alors elle allait chez la tante et la maman la récupérait à sept heures. Au CP elle n'a pas appris à lire et au CE1 non plus. Elle connaît quelques lettres mais c'est tout. A la maison, elle court partout et a toujours besoin de bouger. Elle joue souvent dehors avec les voisines. Le médecin a dit qu'elle était hyperactive. Elle a eu un petit traitement pendant 6 mois car elle avait des problèmes pour dormir mais elle a arrêté maintenant. En CLIS elle est bien d'après la maman. Elle avance à son rythme. Avant les maîtresses se plaignaient toujours qu'elle ne faisait rien. Elle est contente d'aller à l'école cette année. Ils font beaucoup de sport. Elle est suivie en orthophonie une fois par semaine.

Commentaire :

C'est un médecin qui a diagnostiqué l'hyperactivité. Elle a été orientée en CLIS et avait des problèmes pour dormir. Les parents sont commerçants et ne pouvaient pas s'en occuper avant sept heures du soir. Ce sont la grand-mère, la mère puis une nourrice qui ce sont occupées de l'enfant. Il est probable que la maman n'étant que peu disponible en raison de son travail, un attachement dysconfiant se soit développé.

Voir en annexes la grille d'entretien :

15	*Questions à la maman de Maëva :*

16) Abdou a 11 ans en CM1 second d'une fratrie de deux enfants.

Il ne connaitra jamais son père celui-ci est décédé. Sa mère est venue de Mayotte à la Réunion il y a quelques années. Son premier mari l'ayant quittée celle-ci alla voir un marabout un « foundi » pour essayer d'avoir de la chance en amour. Celui-ci après plusieurs rendez-vous, réussit à la convaincre que pour se libérer elle devait avoir une relation sexuelle avec lui. Elle se laissa faire et tomba enceinte de cet homme âgé de 72 ans alors qu'elle n'en avait que 25. Lorsqu'elle comprit qu'elle avait été abusée, il était trop tard. Son père la sachant enceinte lui demanda d'épouser le « foundi » ce qu'elle refusa.

Elle n'écouta pas son père et ne voulait plus de cet enfant. Un attachement dysconfiant s'en suivi et souvent c'était les grands-parents qui s'occupaient de l'enfant. Aujourd'hui Abdou a onze ans en CM1. Il présente une hyperactivité, n'arrive pas à se concentrer et fait parfois des crises de nerfs. Il a un trouble de l'attention et un niveau scolaire de CE1 au CM1.

Sa mère ne croit pas au diagnostic d'hyperactivité. Elle n'y voit pas les conséquences d'un attachement dysconfiant mais un sort que son père aurait jeté sur lui. Elle dit qu'il y a quelque chose sur lui et a cherché un autre marabout à Mayotte pour l'en défaire mais en vain. Nous l'orientons vers une consultation interculturelle.

Voir en annexes la grille d'entretien :

16	*Questions à la maman d'Abdou:*

17) Laurent a 10 ans en CM1, il a une sœur aînée

Il est le fils de son grand-père. Sa mère a été victime d'inceste. Elle a été violée par son père qui a fait de la prison pour cela. C'est l'enfant d'un viol incestueux et la mère n'en voulait pas. Finalement elle l'a gardé mais l'enfant manquait de soins à un tel point qu'il a été placé en famille d'accueil. Il a 10 ans et a été diagnostiqué hyperactif par le CMP où il est suivi. Il n'arrive pas à se concentrer et a beaucoup de mal à établir des relations non conflictuelles avec ses pairs et les adultes.

Un attachement dysconfiant s'est installé avec cette maman qui le rejetait et ne lui apportait pas assez de soins puis à cause du placement en dehors de sa famille biologique. Laurent ayant souffert de manque de soins, (l'attachement est un besoin primaire) désire toujours voir sa mère et fait des fugues.

Voir en annexes la grille d'entretien :

17	*Questions à la maman de Laurent :*

18) Michel a 8 ans en CE1.

C'est un enfant second d'une fratrie de deux pères différents. Le premier enfant a été jaloux de la naissance de Michel et aujourd'hui encore ils se battent souvent. Les parents se sont séparés alors que Michel avait un an car son père buvait. Aujourd'hui, il le voit seulement une ou deux fois par an. Il n'arrive pas à fixer un planning régulier de visites. Michel en souffre d'autant plus que son demi-frère voit régulièrement le sien. Il est hyperactif et suivi par un pédopsychiatre. Depuis la maternelle il bouge beaucoup. Il a été suivi par le CMPP qui souhaitait que Michel face un bilan de 3 jours à l'hôpital afin de lui proposer un traitement mais le père a refusé car on lui a parlé d'un risque au niveau cardiaque. Le weekend, il reste souvent avec la copine de sa mère quand celle-ci va danser.

Etant avec sa mère et son père qui buvait puis avec la grand-mère et une copine car la maman travaillait, il n'a pu avoir d'attachement sécure.

18	*Questions à la maman de Michel :*

19) Bernard est un enfant de 5 ans en GS.

Il est enfant unique hyperactif et suivi par un pédopsychiatre. En classe il manque de concentration présente une instabilité motrice et un non respect des règles. La maman d'origine métropolitaine a quitté le père après la naissance de l'enfant car le père d'origine créole ne voulait pas s'investir dans l'éducation d'un enfant et préférait passer sa journée avec ses copains. En plus il aurait eu d'autres copines d'après la mère. La mère n'a pas instauré un attachement sécure avec Bernard car elle trouve qu'il ressemble à son père et regrette d'avoir fait un enfant avec le papa qu'elle qualifie d'immature. Elle dit ne pas comprendre son fils et en être excédée. Elle reproche au père de ne pas avoir de bonne attitude éducative.

D'autre part, elle n'arrive pas à lui poser de limites et a commencé à consulter lorsque Bernard lui a lancé un objet dans la figure lui faisant « un œil au beurre noir ».

L’enfant a été confié souvent aux grands parents, au père et à d‘autres personnes durant sa toute petite enfance. On peut dire qu’il présente un attachement dysconfiant.

Voir en annexes la grille d’entretien :

19	*Questions à la maman de Bernard :*

20) Aléa a 10 ans en CM1, elle est la seconde d’une fratrie de trois enfants

Elle a été diagnostiquée hyperactive dès la maternelle. Elle a été suivie par le CMP qui a diagnostiqué un trouble de l’attention avec opposition. A la maison elle est « électrique » et incontrôlable. La maman n’arrive pas à comprendre l’attitude de sa fille.

Elle a été placée sous traitement « concerta » pendant 4 ans. Avant, elle n’était pas capable de se dire que son comportement n’était pas correct. Maintenant elle arrive parfois à se dire : « stop ». C’est très difficile de lui faire faire ses devoirs. Elle trouve le moyen de les effacer de son cahier de textes. Elle lit mais elle n’aime pas lire. Elle n’arrive pas à apprendre une poésie si elle est trop longue.

On pense à une orientation en sixième SEGPA (section d’enseignement général et professionnel adapté), mais la maman n’y est pas favorable. La maman dit que son père lui passe tout à la maison et qu’elle n’est pas d’accord mais comme elle travaille beaucoup elle n’est pas souvent présente. Elle a encore des difficultés d’attention concentration et une légère instabilité motrice mais arrive quand même à faire les exercices demandés en classe.

Elle est suivie par le CRTSA (centre de référent des troubles spécifiques des apprentissages). Etant enfant, la maman travaillait beaucoup et elle ne pouvait pas s’occuper beaucoup de son bébé et un attachement dysconfiant s’est installé.

Voir en annexes la grille d’entretien :

20	*Questions à la maman d’Aléa :*

21) Yann a 9 ans il est en CE2, il est le second d'une fratrie de deux.

. Après l'accouchement sa mère a du être hospitalisée à plusieurs reprises et un attachement dysconfiant s'est installé. La maman raconte qu'elle n'osait pas sortir avec lui pour faire des courses. Elle avait honte du comportement de son enfant. Maintenant ça va mieux et elle accepte de sortir avec lui. Il est hyperactif et la MDPH lui a attribué une auxiliaire de vie en classe afin de l'aider à se concentrer. Il est suivi par le CMP (centre médico-psychologique).

Voir en annexes la grille d'entretien :

21	*Questions à la maman d'Yann :*

22) Jacques a 11ans en CM2 c'est l'aîné, il a une demie sœur.

Il présente un déficit de l'attention et une hyperactivité. Il a fait un bilan au CRTSA. C'est un enfant qui a été délaissée par sa mère. Les parents se sont séparés alors que l'enfant était très jeune et c'est le père qui en a à présent la garde. L'enfant a souffert d'attachement insécure et il est jaloux de sa demie sœur. Depuis la maternelle, il présente une instabilité motrice et des difficultés d'attention/concentration. Il a fait un bilan au centre de référence des troubles des apprentissages qui a diagnostiqué un trouble de l'attention.

Il voudrait être footballeur et aime beaucoup le sport. Il dit ne pas aimer rester assis sur une chaise. Il n'arrive jamais à finir le travail demandé.

Il dit que son père s'inquiète pour rien et n'est pas conscient de ses réelles difficultés scolaires. Cependant, en classe il n'arrive jamais à terminer les exercices proposés sur photocopies afin qu'il n'ait pas à copier car il est très lent et malhabile. Son père lui dit ne pas comprendre son fils et a demandé l'aide d'un éducateur spécialisé à domicile.

Voir en annexes la grille d'entretien :

22	*Questions à la maman de Jacques :*

23) Ken a 3 ans en PS.

Il est enfant unique hyperactif n'arrive pas à rester assis et ne se concentre pas 5mn. C'est la maîtresse de petite section qui a alerté les parents car Ken est très instable, ne peut pas se concentrer et bouge sans arrêt. Le pédiatre avait déjà remarqué l'hyper kinésie de Ken mais il attendait l'entrée à l'école pour poser le diagnostic de TDAH. Ses parents disent qu'il n'était pas désiré et qu'ils n'ont jamais habité ensemble.

Ils ont eu une relation non protégée et Ken est né. La maman qui est jeune ne voulait pas avoir d'enfant et elle l'a souvent confié à des personnes différentes. Elle a fait un bilan au CMP qui diagnostiqué un TDAH. Les parents ne sont pas d'accords sur les conduites éducatives à mettre en œuvre. La maman dit qu'elle aussi n'arrivait pas à tenir en place et qu'elle avait du consulter un psychologue. Elle n'a pas poursuivi sa scolarité après le collège. A présent, elle fait une formation et l'enfant est confié à la grand-mère. Un attachement dysconfiant s'est instauré avec cet enfant qui n'était pas désiré.

Voir en annexes la grille d'entretien :

23	*Questions à la maman de Ken :*

24) Evan a 6 ans au CP est le second d'une fratrie de 2.

Il a été placé en pouponnière pour carence éducative de sa mère qui vivait seule. Plus tard son père l'a récupéré puis placé à nouveau pendant un an car il n'arrivait pas à s'en occuper. Il voit sa maman devant le bar. Il vit à présent chez son père et sa belle mère. En classe il est très instable, provocateur et bouge sans arrêt.

Il n'arrive pas à se concentrer en lecture et en mathématiques. La maîtresse dit qu'il papillonne. Il n'est pas autonome et écrit mal. Il est agité dans son corps. En rééducation aussi il est agité, opposant et détruit tout ce qu'il fait. Il a été suivi par le CMP qui l'a diagnostiqué hyperactif. Il a souffert d'un attachement dysconfiant. Il est également suivi par le PRE (programme de réussite éducative). Un éducateur se rend à la maison pour une aide à la parentalité et la participation à des groupes de parole a été proposée. Cependant le père d'Evan qui travaille ne se rend pas régulièrement à ses groupes.

A la maison, le père n'arrive pas à poser des limites à Yvan qui est toujours en mouvement.

Voir en annexes la grille d'entretien :

24	*Questions à la maman d'Evan :*

25- Entretien avec la maman d'Amazan

La mère était partie en métropole pour travailler comme aide soignante. Elle y a rencontré son premier mari d'origine turque. Elle a eu d'abord deux filles puis Amazan. Sa sœur aînée a deux ans de plus. Pour elle il n'y a pas de problèmes. Dès sa naissance, les relations avec son mari se sont tendues et il s'est mis à la frapper. Le mari était très jaloux et lui demandait de quitter son travail à l'hôpital. Mais pour des raisons financières, elle ne voulait pas. Pour lui d'origine turque, être violent c'était normal, le mari a tous les droits. La famille du mari prenait fréquemment le bébé, le petit homme de la famille et la grand-mère voulait s'en occuper. Elle disait que la mère ne savait pas s'occuper d'un bébé et que de toute façon elle était souvent occupée par son travail. La situation familiale se dégradait. La grand-mère soutenait le mari violent contre la mère qui se sentait isolée. Elle ne voulait plus rester avec lui mais elle avait peur. Alors qu'elle ne voulait plus avoir de relations sexuelles, son mari l'a violé. Elle avait des hématomes et n'est pas allée au travail pendant une semaine. Puis elle s'est séparée du papa mais celui-ci a voulu garder son fils. C'était la grand-mère qui gardait l'enfant avec les tantes. Puis après le divorce, le père s'est remis en ménage et il ne s'occupait plus du tout de l'enfant. La mère de retour à La Réunion, a elle aussi rencontré quelqu'un. Ils se sont mis en ménage et elle a récupéré son fils qui avait deux ans. L'enfant a fait son entrée à la maternelle. Au début il pleurait puis ça s'est arrêté mais il était insupportable. Tous les soirs, elle avait droit aux récits des bêtises. La maman en avait marre. Le père a voulu le reprendre et il a fait sa moyenne section en métropole où il a été suivi en RASED.

Le papa ne voulant plus le garder, il est revenu à la Réunion. La situation s'est empirée à l'école. Les autres parents se plaignaient de son comportement violent. La maman en entretien dit qu'elle en a marre, que si elle avait un couteau elle aurait envie de le tuer. Elle reporte contre son enfant le rejet de son mari.

Elle lui dit parfois « Toi, t'es de la merde, tu n'écoutes rien ! Tu ne fais que des conneries. »

La psychologue scolaire a demandé un suivi en pédopsychiatrie et une guidance parentale.

Il a été suivi par la CPEA : (centre psychologique pour enfants et adolescents). On l'a mis sous traitement.

Pendant un temps ça allait mieux, mais à la maison il n'écoute pas et insulte sa mère. On l'a inscrit au Karaté ou il progresse mais se bat dans les vestiaires. A la maison il fait un jeu avec sa maman puis vient la pincer.

Il a un rapport d'existence par la violence. Pendant les vacances, la maman l'a fait hospitaliser alors que le beau-père partait en vacances en métropole avec les deux filles.

Le beau père adore les filles mais n'aime pas Amazan qui n'obéit pas, a des problèmes à l'école et insulte sa mère. Mais la mère n'ayant pas d'autorité, elle lui demande d'intervenir et alors l'enfant répond : « Tu n'es pas mon père ! Tu n'as rien à me dire ! » A l'hôpital, il a commencé à se taillader le bras et à dit qu'il voulait se tuer. Il a dit à un ami de la famille qu'il voulait rentrer à la maison. Un week-end, il est rentré et sous l'effet des médicaments, il titubait alors la mère a décidé de ne plus le renvoyer à l'hôpital contre l'avis du médecin. Elle est rentrée en conflit avec l'hôpital et a envoyé un avocat pour porter plainte. A présent, l'enfant manque souvent l'école. Il a souffert d'un triple abandon, de sa mère, de son père puis de son petit père et de ses sœurs qui sont partis en vacances alors qu'il allait à l'hôpital. La mère a une relation ambivalente avec lui.

Par moments, elle l'excite volontairement. Elle l'insulte mais ne veut pas être insultée. Elle lui a dit qu'elle ne voulait plus avoir d'enfant et qu'elle aurait voulu avorter.

La relation mère enfant a été perturbée et le processus d'attachement est dysconfiant. La mère a un comportement ambivalent qui nécessite une thérapie et devrait en prendre conscience afin de le changer.

Voir en annexes la grille d'entretien :

25	*Questions à la maman d'Amazan :*

26) Yannick a 11 ans en CM2. (Non pris en compte dans l'étude car je n'ai pas réussi à voir la maman)

C'est un enfant unique placé en famille d'accueil depuis l'âge de six mois. Sa mère n'avait pas suffisamment d'argent pour s'en occuper. Aujourd'hui, elle le voit occasionnellement.

Sa mère et son père n’arrivent pas à fixer et à respecter un planning régulier de visites. Ils lui disent qu’ils vont venir le voir et ne viennent pas. Yannick en souffre. Il présente un sentiment d’abandon.

Il se dévalorise exprès car il ne peut concevoir ses parents comme mauvais. Inconsciemment, il se conduit en mauvais objet et croit que si ses parents l’ont abandonné c’est de sa faute. Il souffre d’un grand manque affectif. Il se déplace en classe et provoque sa maîtresse pour qu’elle s’occupe de lui. Il n’arrive jamais à terminer les exercices proposés et écrit très mal. Il est hyperactif et suivi par un pédopsychiatre. Etant avec sa mère tout petit puis placé il n’a pu avoir d’attachement sécure.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Notre question de départ était : Y a-t-il un lien entre attachement et hyperactivité ?

Notre étude s'est effectuée à partir de 25 entretiens et passations d'un questionnaire auprès de mères d'enfants hyperactifs à la Réunion, ces entretiens concernent vingt garçons et cinq filles.

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

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

Khan, (1974), p 89, 90 : parle du « concept de traumatisme cumulatif » à propos des failles persistantes de la mère dans son rôle de barrière protectrice.

Hartman (1939), lui a parlé de « l'environnement moyen sur lequel on peut compter » et Winnicott (1941) d'un « environnement de soutien suffisamment bon ».

Bion[54] (1962) parle de la fonction alpha qui serait la capacité d'interprétation de la mère et le degré de tolérance à la frustration du nourrisson qui vont permettre à ce dernier de développer la trame de l'appareil psychique. Pour Bion (1962), les contenus toxiques psychiques du bébé sont les éléments bêtas. La fonction alpha de la mère est là pour recevoir les éléments vitaux de l'enfant, les intérioriser et en ce sens dédramatiser la situation pour l'enfant, à travers un sentiment de confiance à être une bonne mère.

Pour Zazzo (1974) l'attachement est un phénomène primaire.

---

[54] BION W. (1962), *Aux sources de l'expérience*, PUF , Paris,1979

Le développement de l'attachement est graduel, progressif et passe par les étapes suivantes d'après Buzenot dirigée par Hamon (2001), p 8, 9, 10 :

- de la naissance à trois mois, on parle de pré-attachement initial
- de trois à six mois, c'est l'émergence de l'attachement
- de six mois à un an, il y a établissement d'une base de sécurité
- vers un an / seize mois, on note une période de peur de l'étranger et angoisse de séparation
- de quinze mois à quatre / cinq ans : l'élaboration du modèle d'attachement

Les types d'attachement selon Ainsworth (1978), (1an à 2 ans et demi) à la mère sont « sécure » s'il y a présence sécurisante du parent ou « insécure ». Il y a 3 types « insécure » : le style détaché/ fuyant ou l'enfant évite le contact. Le style anxieux / ambivalent, l'enfant se montrant bouleversé par la séparation et ne se calmant pas à son retour. Nous emploierons le terme d'attachement dysconfiant.

Pour Bowlby (1978), un événement et/ou une expérience pathogènes pour la personnalité provoquant des schèmes de réaction dans la petite enfance, produisent des schèmes de réactions analogues plus tard. Il note une classe d'évènements -la perte de la figure maternelle dans la petite enfance- qui peut être une expérience traumatique et entraîner des processus pathologiques.

Selon Chiland[55] (1989) p 86 : « Le nourrisson ne parle pas mais il investigue et réagit….Chaque bébé a sa manière propre de se conduire, qui en révèle beaucoup sur sa relation avec sa mère et sa confiance en lui-même. » Les troubles du fait de distorsions, par trop ou trop peu de maternage vont engendrer un attachement dysconfiant.

L'étude sémiologique du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (T.D.A.H.) recherche l'association de trois syndromes : l'hyperactivité motrice, le trouble de l'attention et l'impulsivité.

---

[55] CHILAND, C. (1989) *L'entretien clinique*, PUF, Le psychologue : Paris

L'hyperactivité motrice fait état d'enfant en perpétuel mouvement, incapable de tenir en place, avec une activité désorganisée, non constructive et mal coordonnée.

Il s'agit d'enfants qui courent et grimpent partout, s'agitent en permanence, sont incapables de rester assis face à une table de travail.

Le syndrome « trouble de l'attention » représente l'élément central. L'enfant éprouve une incapacité à se concentrer qui indispose les enseignants.

L'impulsivité est la troisième composante du syndrome ; définie comme le besoin impérieux d'accomplir un acte, elle sera souvent responsable du rejet de l'enfant par son entourage. Sur le plan émotionnel, l'impulsivité sera illustrée par une fragilité de l'humeur (passage du rire aux larmes) et l'intolérance aux frustrations.

Du fait de ce tableau clinique péjoratif, les enfants hyperactifs sont souvent exclus par leur famille, par leurs pairs, et mal tolérés par les enseignants ; le retentissement scolaire est rapidement important, tandis que l'enfant va développer insidieusement une mauvaise estime de lui-même responsable dans les cas les plus graves d'un tableau dépressif sévère.

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (T.D.A.H.) est souvent associé à d'autres pathologies mentales de l'enfant ; les syndromes les plus fréquemment rencontrés sont :

-Les troubles spécifiques du développement (50 à 80 % des enfants hyperactifs versus 2% de la population générale, Mc GEE, 1988) ;

-Troubles oppositionnels avec provocation et/ou troubles des conduites. Leur prévalence varie de 20% (Barkley, 1990) à 60% (Bierderman, 1990).

-Troubles anxieux et dépressifs : les enfants de 11 ans seraient particulièrement touchés par la coexistence de troubles anxieux et de déficit attentionnel.

La prévalence de l'anxiété chez les enfants hyperactifs est en effet estimée à 27% (versus 3,5% de la population générale). La dépression quand à elle, est estimée à 10% (versus 1,8% dans la population contrôle) Anderson, 1987).

L'évolution de ce trouble a été précisé par de nombreuses études : on retrouve 20 à 30% de rémission totale de la symptomatologie à l'adolescence (WEIS, 1971 – BARKLEY, 1990), tandis que 40% des enfants présentent une persistance à la symptomatologie déficitaire avec un retentissement cognitif, comportemental et relationnel.

Enfin, le pronostic serait assombri par 30% d'enfants qui développent des troubles des conduites antisociales à l'adolescence. A l'âge adulte on trouve une diminution importante de l'hyperagitation motrice (8% seulement resteraient hyperkinétiques), tandis que 20% des jeunes patients conserveraient des difficultés d'apprentissages ou des troubles émotionnels (MANUZZA, 1993).

Un certain nombre de facteurs, seraient prédictifs d'une évolution péjorative, en particulier vers des troubles des conduites sociales ; il s'agit d'une part de la coexistence d'autres affections mentales (troubles des conduites), d'autre part du milieu socio-économique et du quotient intellectuel ; les enfants à Q.I. élevé, émanant de milieux favorisés auraient un bien meilleur pronostic. Enfin, l'âge de début semble un bon indicateur, la précocité de l'apparition du tableau étant un facteur de mauvais pronostic.

Les observations directes en milieu scolaire ou à l'hôpital sont instructives mais les outils les plus appropriés actuellement semblent être les échelles et les questionnaires, proposés au père, à la mère et aux enseignants. On utilise le plus souvent l'échelle de Conners (1973) qui comprend un questionnaire destiné aux parents avec 43 items, un autre destiné aux enseignants avec 28 items (voir en annexes), tandis qu'une version abrégée à 10 items a été développée. Tous les items de ces questionnaires sont standardisés et permettent d'obtenir un score significatif de la pathologie de l'enfant, en fonction de l'âge et du sexe. Elle est spécifique d'un enfant qui souffre de troubles d'attention ; elle permet de suivre l'évolution du trouble, en particulier lorsqu'un traitement est mis en place.

L'association Suisse Romande de Parents d'enfants avec Déficit d'Attention et/ou Hyperactivité propose des conseils aux parents et aux enseignants d'enfants hyperactifs (voir en annexes).

Nous avons choisi pour notre étude des enfants déjà diagnostiqués hyperactifs par des médecins ou des psychologues. Il ressort de notre étude les résultats marquants suivants :

Si la moitié des mères a allaité, tous les enfants ont pris leur biberon avec d'autres personnes et ont été gardés par quelqu'un d'autre. La moitié des enfants est allée à la crèche ou chez une nourrice bien que la plupart des mères ne travaillent pas en dehors des heures de classe. 44 % ont été hospitalisés.

Un tiers des mamans n'habite pas tous les jours avec l'enfant et la moitié des mères a été séparée de lui pendant une période. La plupart des pères n'a pas toujours été avec leur enfant.

Les enfants sont en grande majorité attachés à leur grand-mère et vont souvent chez elle. Ils sont également souvent avec les oncles et tantes et jouent souvent avec leurs cousins.

A la maison, ça se passe très mal ou moyennement avec leur enfant pour plus de la moitié des mères. La plupart des mères non seulement ne sont pas fières de leur enfant et ne leur font pas de compliments mais elles éprouvent un sentiment de honte voire même de rejet.

Une majorité des mères n'ont que peu de contact corporel avec leur enfant, les prennent rarement dans leur bras et ne les embrassent pas beaucoup.

La plupart ne jouent que rarement avec leur enfant. Elles ne font presque jamais une activité que l'enfant aime. 76 % des mères ne lisent jamais ou parfois une histoire le soir.

Les enfants hyperactifs demandent beaucoup de surveillance et leurs mères n'ont ni envie de jouer, ni de faire une activité spéciale ou de lire une histoire. Certaines mères les rejettent et d'autres en ont honte. La majorité des enfants veut toujours venir avec la maman et ils viennent se coller à elle devant la télé. Si les mères veulent toujours savoir où est leur enfant en revanche, elles ne leur disent pas quoi regarder à la télé.

A l'entrée en maternelle, ça se passait mal pour la plupart des enfants et ils pleuraient. Seulement quelques enfants viennent seuls à l'école. Si les enfants, en majorité, aiment l'école et lisent avec les mères à la maison, ils sont pourtant 76 % à avoir des difficultés en lecture.

Il y a souvent des problèmes relationnels avec les enseignants et les autres élèves. Quelques enfants sont agressifs et ne communiquent que par la violence.

D'après les vingt-cinq entretiens avec les mères d'enfants hyperactifs, on peut noter des difficultés relationnelles entre la mère et son enfant qui révèlent un attachement dysconfiant. Certaines mères sont alcooliques, ne prodiguent pas de soin ou sont absentes pour des raisons professionnelles. Une autre mère souvent absente, dormait avec son fils unique puis rencontrant un autre homme, l'enfant est devenu le « vilain petit canard » dans une famille recomposée avec un nouveau demi-frère. Il était le seul de quatre enfants à n'avoir aucun lien de sang avec le petit père et un nom de famille différent.

Un cas presque similaire pour une fille qui est partie vivre chez sa tante et en plus, a été hospitalisée avant de vivre en famille recomposée.

Des jumeaux ont été hospitalisés deux fois, une première fois pour prématurité puis plus tard pour carences de soins maternels, ils ont ensuite été retirés à la mère et placés en famille d'accueil.

Dans une grande majorité, ce sont les grand-mères qui s'occupent des enfants et ceux-ci dorment souvent avec elles. Un enfant a carrément été en dépression et refusait de parler après le décès de sa grand-mère avec laquelle il partageait le même lit depuis son enfance.

Une maman dont le métier est famille d'accueil, a plusieurs autres enfants en garde à la maison et son fils unique manque de repères, il pensait que son père était parti à cause de lui.

C'est également le cas pour un enfant dont la mère n'avait jamais parlé des raisons du départ du père alors que l'enfant n'avait que trois semaines. Il apparaît aussi que quelques enfants sont précoces et d'une intelligence supérieure.

On note dans de nombreux cas une succession de personnes s'occupant de l'enfant, mère, père, tante, grand-mère, nourrice, personnel de crèche ou d'hôpital.

La violence au sein d'un couple avec une mère battue en présence de son enfant est source évidente d'insécurité. Il y a parfois aussi suspicion de mauvais traitements avec l'enfant.

Le cas le plus dramatique est celui d'un enfant dont les parents se sont séparés alors qu'il n'avait que trois mois. Il a été élevé par les tantes, la grand-mère paternelle puis successivement par le père violent et par la mère. Vivant à présent avec sa mère, il a deux sœurs que la mère et son beau-père adorent. Il n'est pas aimé dans sa famille car il fait toujours des bêtises. Le beau-père et la mère se disputaient sans cesse à propos de la conduite de son fils. Il a été changé d'école et la situation à la maison devenant intenable, il a été mis sous traitement, et se sentait rejeté. Puis, il a dû être hospitalisé pour une tentative de suicide. Il suit actuellement une thérapie.

Pour certains enfants, il apparaît nettement que la mère par son absence ou son comportement n'a pu devenir une base de sécurité pour l'enfant et qu'un attachement dysconfiant se soit installé.

Pour d'autres, il semblerait que ce soit la succession des figures d'attachement ainsi que la réaction de rejet ou de honte face à des conduites motrices différentes d'enfants ordinaires qui soient à l'origine d'un attachement dysconfiant mais on ne saurait définir la part de chaque facteur.

Cette recherche a permis d'accéder à l'histoire de l'enfant et de voir les causes des troubles de l'attachement afin d'évaluer la présence de « constantes ».

Comment aller plus loin dans l'étude du lien entre hyperactivité et attachement dysconfiant ? Ne place t- on pas un tas de symptômes sous le terme d'hyperactivité ?

En classe il faudra tenir compte des indications psychopédagogiques afin d'améliorer la scolarisation des enfants souffrant de TDAH. Il ne faudra donner qu'un exercice à la fois et faire reformuler la consigne. L'enfant devra être près de l'enseignant et loin des endroits pouvant le distraire comme la porte et les fenêtres. Les règles de vie devront être clairement affichées.

Il faudra valoriser les comportements positifs et ignorer les comportements négatifs mineurs. Il faudra faire attention aux relations de l'enfant hyperactif avec ses pairs. L'enseignant devra prendre de la distance afin de pouvoir renforcer l'estime de soi de l'enfant. Une communication régulière avec les parents et les soignants devra être mise en place.

Il semble que des études longitudinales apporteraient des précisions sur le TDAH et sa prise en charge.

Une enquête à partir d'une population significative des représentations sociales de l'hyperactivité serait intéressante.

Une explication sur les attitudes à avoir avec le bébé lors des cours de préparation à l'accouchement et un travail psychologique et de parole dans les maternités, pourraient faire chuter ces chiffres comme pour les prématurés dont l'accompagnement des mères et des enfants en couveuses a fait disparaître le syndrome tardif.

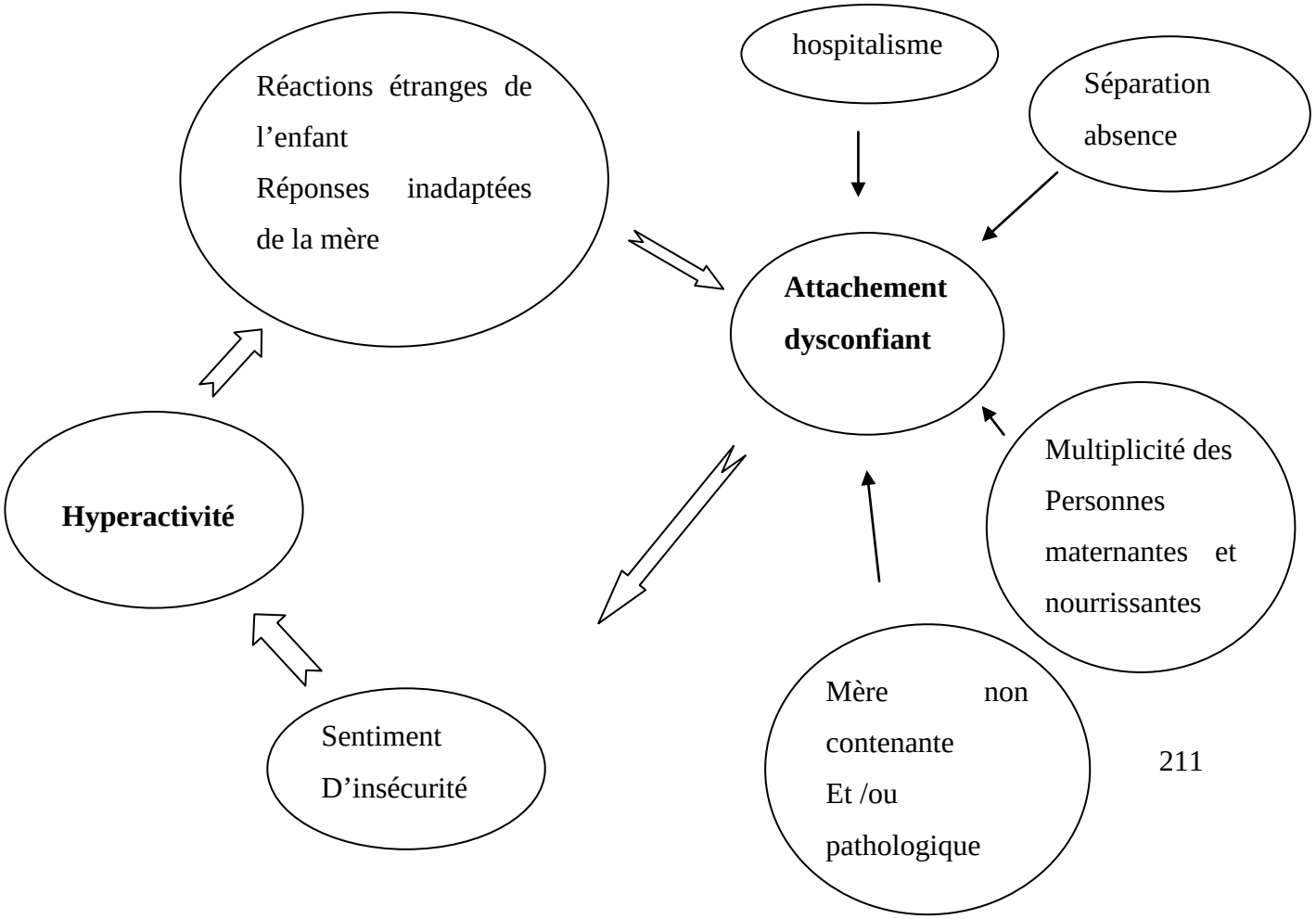
Il semblerait que les massages que l'on utilise en traitement d'enfants autistes afin de les aider à créer du lien avec les autres pourraient avoir un effet bénéfique sur l'attachement entre la mère et son nourrisson.

Pour favoriser un attachement confiant, on voit le rôle d'accompagnement que peuvent jouer des structures sociales et médicales ainsi que les groupes de parole et les « écoles des parents ».

Enfin, la personnalité des mères d'enfants hyperactifs semble influer sur le processus d'attachement et pourrait aussi faire l'objet d'une recherche.

Notre étude a montré que les enfants hyperactifs de notre échantillon, ont établi avec leur mère un attachement dysconfiant. Cela se retrouve chez les garçons comme chez les filles. Cela nous permet de représenter le lien entre hyperactivité et attachement dysconfiant d'après le schéma suivant :

Figure 6 : lien entre attachement dysconfiant et hyperactivité



BIBLIOGRAPHIE

ABRIC J.C., (2003), Méthodes d'études des représentations sociales, Ramonville, Editions Erès.

AINSWORTH M., (1978), Patterns of attachment: A psychological study of strange situation

ANZIEU Didier, (1979), in L'attachement, Zazzo, Delachaux et Nieslé, Paris, 1979

BAILLY Kévin, Doctorant à l'université de Marne la Vallée IGM (UMR CNRS) D'après le carnet psy, de juillet-août 2005, p 34, 35,36 : Jocelyne Kiss Maître de conférence, Valérie Desjardins et le Pr Bernard Golse Pédopsychiatre-Psychanalyste, chef de service de l'hôpital Necker et Pr de psychiatrie à l'université René Descartes à Paris V présentent leur recherche : Les productions vocales du bébé : Hyperfréquences et processus d'attachement.

BARTH B-M, (1993), Le savoir en construction, Retz, Paris, 1993.

BION W. (1962), Aux sources de l'expérience, PUF, Paris, réédition de1979

BOURDIEU P. et PASSERON J.C. (1964), Les héritiers, Paris, Editions de minuit.

BOURGUEUIL T., (2007), L'accompagnement pédagogique des enfants TDA/H, p64 : La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. Editions de l'INS HEA n°40- 4eme trimestre 2007

BOWLBY John, (1978), Attachement et perte , Tome 1, PUF, Paris.

BRAZELTON T. B. (1984), Neonatal Behavioral Assessment Scale / 2nd. Ed., Clinics in Developmental Medicine, 88

BRAZELTON T. B. and CRAMER B. (1989), The earliest relationship. Parents, infants, and the drama of early attachment / trad. de l'américain Les premiers liens, Paris, Stock, 1991

BUZENOT Marie-Françoise, mémoire de DESS de psychologie clinique, 2001, Une théorie de la tendresse : l'attachement. sous la direction de Mr Hamon, UFR de psychologie d'Aix-Marseille.

CAMBEFORT J. P., (2001), Enfances et familles à La Réunion : approche psychosociologique, Paris, L'Harmattan.

CAMBEFORT J. P., (1996),Structures sociales et identité à La Réunion., Actes du Colloque sur l'identité dans les sociétés multiculturelles. Institut Français d'Afrique du Sud. IFAS. Johannesburg, Mai.

CAUSSE C., (2006), Vivre avec un enfant hyperactif , Alpen, Monaco

CHAUVEAU Gérard, (2002), Comment l'enfant devient lecteur ? Pour une psychologie cognitive et culturelle de la lecture, RETZ / VUEF, Paris.

CHILAND, C. (1989) L'entretien clinique, PUF, Le psychologue : Paris

CHOMBART DE LAUWNE M.J., (1971), Un monde autre : l'enfance. De ses représentations à un mythe. Paris. Payot.

COIANIZ A., (2004), Les approches interculturelles en didactique des langues, une affaire de points de vue.

COSNIER J. (1984), Observation directe des interactions précoces ou les bases de l'épigenèse interactionnelle, Psychiatrie de l'Enfant, XXVII, 1, 107-126

COUTOU Françoise, (1986), Affronter l'école, Liana Levi, Paris.

CYRULNIK Boris, (1989), Sous le signe du lien, Hachette.

CYRULNIK Boris et SOULE Michel, (1998), L'intelligence avant la parole, ESF, Paris.

DAVID M. et APPELL G. (1966), Relation mère-enfant. Étude de cinq patterns d'interaction entre mère et enfant à l'âge de un an, Psychiatrie de l'Enfant, IX, 2, 445-531

DEFFRENNES Véronique, (2001), article de sciences et vie n° 1006, juillet 2001.

DEHAENE Stanislas, (2003), Les bases cérébrales d'une acquisition culturelle : la lecture. In Jean-Pierre Changeux (Ed.), Gènes et Culture, p 187-199. Odile Jacob, Paris.

DESJARDINS C., (2001), Ces enfants qui bougent trop ; Quebecor, Québec

DELAHAIE Marc, (2004), L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble. , INPES, 97 pages.

DENHIERE & BAUDET, (1987), Problèmes de psycholinguistique, Mardaga, Paris.

DOISE W., PALMONARI A., (1986), Caractéristiques des représentations sociales, in L'étude des représentations sociales. Delachaux et Niestlé.

DUGAS Michel, (1987), L'hyperactivité chez l'enfant, Paris, PUF.

FERREIRO Emilia, (1987), Lire-écrire à l'école : Comment s'y apprennent-ils ? Analyse des perturbations dans le processus d'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Lyon, CRDP.

FIELD T. M. (1980), Interactions of preterm and term infants with their lower- and middle-class teenage and adult mothers, in High risk infants and children: adult and peer interactions 113-132, New York, Academic press

FIOUX P., (2001), Des langues de la maison aux langues de l'école. Paris, Karthala.

FONTAINE S., (2007), Représentation sociale de l'école. Parents et enseignants à La Réunion. Thèse de doctorat de psychologie sociale dirigée par M. HAMON J.F., Université de La Réunion.

FUMA, S. & POIRIER, J. (1990), Métissage, hétéro-culture et identité culturelle : le défi réunionnais in Métissages linguistiques et anthropologie (Paris : L'Harmattan).

GENOT-DELDECQUE Marielle, (2001), D'après l'article de Pascale Albier dans Famille chrétienne n° 1201 du 20 au 26 janvier 2001, article de sciences et vie n° 1006, juillet 2001.

GOFFMAN E., (1975), Stigmate. Les usages sociaux des handicaps, Paris, Editions de minuit.

GUEDENEY A. et KREISLER L. (1987), Sleep disorders in the first 18 months of live : Hypothesis on the role of mother-child emotional exchanges, Infant Mental Health Journal, 8, 3, 307-318

GUENICHE Karine, Psychopathologie de l'enfant , Nathan, Paris, 2002.

GUILHOT Jean, Psychothérapie, sociothérapie et développement humain , L'harmattan, Paris, 1996.

HABIB Michel, (1999), dans la revue Brain and Cognition, en 1999, article de sciences et vie n° 1006, juillet 2001

HAMON Jean-François, (1996), Acquisition de la lecture et accès au sens de l'écrit : Perspectives psychocognitives et psycholinguistiques, Travaux et documents N°9 octobre 1996, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de la Réunion.

HAMON Jean-François, (1998), Attention, vigilance, émotion, L'Harmattan,
Université de La Réunion

HEBRARD Jean, (1982), interview à « aimer lire », Bayard presse, Paris.

JODELET D., (1989), Les représentations sociales, Paris, PUF.

KAIL Michèle et FAYOL Michel, (2000), L'acquisition du langage. Le langage en développement au-delà de trois ans . , PUF, Paris.

KHAN Masud, (1974), Le soi caché, NRF, Gallimard, Paris.

KREISLER L. (1991), Les bases originaires de l'organisation psychosomatique. Les capacités réceptives et réactives du bébé à la réponse somatique. Les influences interactives primaires, Revue française de psychosomatique, 1, 169-184

KREISLER L., FAIN M. et SOULE M. (1966), La clinique psychosomatique de l'enfant. A propos des fonctionnels du nourrisson, Psychiatrie de l'enfant, IX, 1, 138-156

LATCHOUMANIN M., (2004), L'éducation et la formation dans les sociétés multiculturelles de l'Océan Indien. Paris, Khartala.

LEBOVICI Serge, (1986), dans la préface d' Affronter l'école, de Françoise Coutou, Liana Levi, Paris.

LEBOVICI S. et STOLERU S. (1983), La mère, le nourrisson et le psychanalyste. Les interactions précoces, Paris, Le Centurion

LECENDREUX M. (2003), L'hyperactivité, Paris, Solar

LEZINE I., (1976-1977) dans : Remarques sur la prise de conscience du corps chez le jeune enfant, bulletin psychologique n° 30, pp 253,263,

MAZET Ph. et STOLERU S. (1993) Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Paris, Masson

MAIN M., **and WESTON R**. (1982), Avoidance of the attachment figure in infancy: descriptions et interpretations. in MURRAY PARKES C. et HINDE J.S.(1982), The Place of attachment in human behavior

MANZANO J. (1988), Problématique psychique et interactions parents-bébé lors des interventions thérapeutiques brèves, in B. Cramer (dir.) Psychiatrie du bébé. Nouvelles frontières 71-83, Paris, Eshel

MIALET Jean-Paul, (1999), L'attention , Que sais-je ?, PUF, Paris.

MOLINER P., (1998), Dynamique naturelle des représentations sociales. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

MONTAGNER H. (1988), L'attachement. Les débuts de la tendresse, Paris, Odile Jacob

MOSCOVICI S., (1961), La psychanalyse, son image, son public. Paris, PUF.

PARMENTIER M.C. et HAMON J.F., (2002), Contexte culturel et différentiation cognitive, Bulletin de psychologie, 55 (4), n°460, p. 337-348.

PIERREHUMBERT B. et al., (2000), Attachment and temperament in early childhood; implications for later behavior problems, Infant and child development, 9, 17-32

PIERREHUMBERT B., (2003), Le premier lien, Théorie de l'attachement, Paris : O. Jacob

PIERREHUMBERT B., Torrisi R., Glatz N., Dimitrova N., Heinrichs M., Halfon O., (2009), The influence of attachment on perceived stress and cortisol response to acute stress in women sexually abused in childhood or adolescence. Psychoneuroendocrinology, volume 34, n°6, p 924-38

RADKE-YARROW et al., (1985), Qualité de l'attachement chez les enfants de mères ayant vécu un épisode de dépression, (NIMH, Bethesda, Md)

ROCHEFEUILLE Valérie dirigée par le professeur Michel Latchoumanin, (2005), mémoire de maîtrise de sciences de l'éducation : Le rôle de l'enseignant dans l'intégration de l'enfant hyperactif à l'école primaire , Université de La Réunion.

ROGERS C. (1967), Le développement de la personne, Paris, Dunod.

SPINEL William, Intérêt et valeur prédictive d'une épreuve de transmission grapho-phonologique , Mémoire de D.E.A. d'Anthropologie dirigé par Jean-François Hamon, Université de la Réunion, 1999

SPINEL-FERRAND Monique, Intérêt d'un test de discrimination phonémique dans le dépistage des troubles graves de l'apprentissage du langage écrit , dirigé par Jean-François Hamon, Mémoire de Maîtrise en Sciences de l'Education, Université de la Réunion, 1999, 147 pages

STERN D.N. (1985), The interpersonal world of the infant / trad. de l'américain : Le monde interpersonnel du nourrisson, Paris, PUF, 1989

TALLAL Paula, (2001), article de sciences et vie n° 1006, juillet 2001, Paris.

TUPIN F., (2003), Ecole et Education, Univers créoles 3. Paris, Anthropos.

VERGES P., SCANO S. et JUNIQUE C., (2005), Ensemble des programmes permettant l'analyse des évocations, Aix-en-Provence, MMSH.

VYGOSTKI L.S, (1934), Pensée et langage. Paris, Editions sociales. (2 éd. 1985).

WEIL-BARAIS et CUPA, 100 fiches pour connaître la psychologie , Bréal, Paris, 1999

WINNICOTT Donald W., (1994), Déprivation et délinquance, Payot et rivages, Paris.

ZAZZO René, L'attachement , Delachaux et Nieslé, Neuchâtel, 1974

ZEAH CH., Boris, Sheeringa, (1997), Psychopathology in infancy , journal of child Psychology and psychiatry, 38,1, p 81-99).

Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Circulaires

Circulaire de 2002 : L**a maîtrise de la langue française** est présentée comme **une priorité nationale** et de l'académie de la **Réunion.**

circulaire du 3-1-2006, le **ministre Gilles de Robien** sur la lecture

Sites Internet

DeWit ., Offord . et Braun K. (Octobre 1998)**,** La relation entre la réinstallation familiale et les troubles de comportement chez les enfants W-98-17F
http://www.college-merici.qc.ca/collection/dev_ress_hum_canada/reinstallation_familiale.pdf

Ministère de l'Education nationale

DEHAENE S. et al, 2000 ; Polk & Farah, 2002). Source : Quelques références scientifiques, données sur le site du ministère de l'Education Nationale.

FAYOL Michel et GOMBERT Jean Emile (2006), L'apprentissage de la lecture et de l'écriture, 1999, Site du ministère de l'éducation nationale

JOLICOEUR, L'hyperactivité chez l'enfant : symptômes, diagnostic, traitement

http://www.deficitattention.info/DAenfance.html

Le déficit de l'attention chez l'enfant Dr Claude Jolicoeur, pédopsychiatre

Les troubles d'hyperactivité avec déficit d'attention

Jolicoeur (2004)

http://www.bibliotheques-psy.com/spip.php?article1123

http://www.hypsos.ch/news/viewtopic.php?t=82

PIERREHUMBERT B., Hyperactivité et attachement, http://sites.google.com/site/bpierreh/

SPRENGER-CHAROLLES Liliane, (2006), Quelques références scientifiques, données sur le site du ministère de l'Education Nationale.

RAMUS Franck, (2006), Les journées de l'ONL, Les troubles de l'apprentissage de la lecture**,** Site : **http://onl.inrp.fr**

Dr REVOL Olivier, article sur : L'enfant hyperkinétique, de plusieurs médecins : Olivier Revol, Daniel Gérard, Pierre Fourneret, Hugues Desombres et Régis de Villard de l'hôpital neurologique de Lyon, a été publié sur le Net :
http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/revol/hyperkine.html
http://www.caducee.net/DossierSpecialises/psychologie/hyperactivite1.asp
Revol O., (2009), Diagnostic des troubles d'attention et de l'hyperactivité le TDAH, Lausanne, http://www.arld.ch/doc/Olivier%20REVOL.pdf
ZIEGLER Johannes, (2006), Développement, dysfonctionnement et bases neuronales de la lecture. Quelques références scientifiques, données sur le site du ministère de l'Education Nationale.

Figures

Figure 1 : Comparaison de profil de wisc……25
Figure 2: Les deux pôles d'aliénation d'un attachement dysconfiant, Guilhot (2012)……....79
Figure 3 : Qualité de l'attachement chez les enfants de mères ayant vécu un épisode de dépression majeure Marian Radke-Yarrow et al., 1985 (NIMH, Bethesda, Md)…….80
Figure 4 : Qualité de l'attachement à 21 mois et problèmes de comportement à 5 ans (N=40; Pierrehumbert et al., 2000)……81
Figure 5 : Adaptation et séparation en fonction du type d'attachement sécure ou insécure….82
Figure 6 : lien entre attachement dysconfiant et hyperactivité, Guilhot (2012)…….199

Tableaux :

Tableau I : Résultats d'une mini enquête sur la représentation sociale de l'handicapé…….113
Tableau II : « Evocations de l'hyperactivité » ; A quoi fait penser le mot Hyperactivité ?...123
Tableau III : Les niveaux de classes des enfants hyperactifs répartis sur tout le secteur…...131
Tableau IV : âge des enfants ……..131
Tableau V : âge des mères ……..…139

Annexes :

1- Questions à la maman de Robin 209
2- Questions à la maman de Pierre 212
3- Questions à la maman de Nathalie : 215
4- Questions à la maman de Tila : 218
5- Questions à la maman de Johan 220
6- Questions à la maman d'Eric : 224
7- Questions à la maman de Mauricio 227
8- Questions à la maman (dame d'accueil) d'Alexandre 230
9- Questions à la maman de Yann 232
10- Questions à la maman de Christophe 236
11- Questions à la maman de Samantha 239
12- Questions à la maman de Bryan 242
13- Questions à la maman de Maëva : 245
14- Questions à la maman d'Abdou 248
15- Questions à la maman de Laurent 251
16- Questions à la maman de Michel 253
17- Questions à la maman de Bernard 257
18- Questions à la maman d'Aléa 260
19- Questions à la maman de Yann S. 262
20- Questions à la maman de Jacques 266
21- Questions à la maman de Ken 269
22- Questions à la maman d'Evan 272
23- Questions à la maman d'Amazan 275
24-Questions au papa 278
25-Auto-évaluation par l'enfant 280
26-Echelle de Conners pour les parents 282
27-Echelle de Conners pour les enseignants 284
28-Conseils aux parents 285
29-Conseil aux enseignants 288
30-Critères d'évaluation du trouble de l'attention / hyperactivité 290

31- Schéma directeur à partir des dysfonctionnements de la pensée, des troubles de la conscience et de l'attention- De la vie affective et émotionnelle - Lien entre attachement dysconfiant et hyperactivité 291

ANNEXES

Annexe 1

3	*Questions à la maman de Robin :*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et sœurs ? enfant unique	Très mal	Moyen-nement	Assez bien	Bien X X	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? Avec ses frères et sœurs ? enfant unique	Très mal	Moyen-nement	Assez Bien X	Bien X	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X	Parfois X	Souvent	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	

13	Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?		X			
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ? avec plusieurs personnes suivant les jours	Seul (X)			Mémé (X)	Mère X
19	Qui l'accompagne à l'école ? la tante, le père ou la mère	Tante X			Père x	Mère X
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?					Non X

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	Oui X il est souvent avec son père	Ou chez sa mémé
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui X Combien de temps ? 8 mois	

23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X sa mémé ou Sa tante	
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père)	Oui X mémé	père
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?		Non X
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?		Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Souvent chez mémé	Non X
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?		Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui X	
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?		Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui X	
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui X turbulent	Ravage beaucoup
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ? Il redouble le CP	Oui X	
35	Votre enfant lit-il avec vous ? (avec son père)	Oui X	
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ? Il ne sait pas lire.	Oui X	
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X	
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X	
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui X	

Age : ……27…..ans profession : sans Nombre d'enfants :

Annexe 2

4	*Questions à la maman de Pierre :*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).mal accepté le bébé à 4ans	Très mal X X X	Moyen-nement	Assez bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? le père laisse tout faire. avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-Nement X	Assez bien	Bien X	Très Bien X
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	parfois	Souvent X	Très Souvent X	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Son comportement n'était jamais bon avant. Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?avant jamais	jamais	Parfois X	Souvent X	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ? Avant c'était du rejet.	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant?	Jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	

13	Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime? parfois des gâteaux		x			
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?du foot	jamais	parfois	Souvent X X	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ? (ou à son père)	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?plus après la PS	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X en PS	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul X	frère	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?ou une dame	seul	frère	soeur	Parents X	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui X	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui Combien de temps ?	Non X
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui X Combien de temps? 2mois	non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ? La grand-mère	Oui X Combien de temps ?3ans	non

24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui X grand-mère	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? 1jour, 5 jours, 1 jour Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?non	Oui 3 fois Combien de temps ?	Non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui	Non x
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?avant oui	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui X	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui x	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui X	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ? Avant non	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	oui	NonX
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui X	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ? Il déchiffre	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	oui	Non X
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui X	non

Age : 32 ans, profession : Professeur des écoles. Nombre d'enfants : 2 garçons)

Annexe 3

5	*Questions à la maman de Nathalie :*	1	2	3	4	5
1 2	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ?	Très mal	Moyen-Nement X	Assez bien	bien	Très Bien X
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-nement	Assez Bien X	Bien X	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	Parfois X	Souvent	Très Souvent X	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	Jamais X	Parfois X	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois	Souvent X	Très Souvent X	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ? (ou à son père)	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul X	frère	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	X grand-mère

20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?	oui	Non X
21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	Oui X La mère depuis 3 ans.(1week-end/2)	non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui	Non X
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X les 2 grand-mères	non

24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père)	Oui X père et Grand-mère	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	oui Combien de temps ?	Non X
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	Oui X	non
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui Combien de temps ?	Non X
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ? (avec son père)	Oui X	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	nonX
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ? (avec son père)	oui	Non X
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	oui	Non X
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	oui	Non X
35	Votre enfant lit-il avec vous ? (avec son père et sa grand-mère)	Oui X	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	oui	Non X
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X tante	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	oui	Non X
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui X	non

Age : ……28……..ans profession : …mère coiffeuse, père employé dans un magasin…Nombre d'enfants : …2…….. (…2… filles, …….. garçons)

Ecart avec l'enfant précédent :……3……

Annexe 4

6	*Questions à la maman de Tila :*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ?est parti à l'âge de 1 an puis petit père à partir de deux ans. avec ses frères et soeurs?).	Très mal	Moyen-Nement	Assez Bien X	Bien X	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-nement	Assez Bien X	Bien X X	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	Parfois X	Souvent	Très Souvent X	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois X	Souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois X	Souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais X	Parfois	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X	Souvent X la pêche	Très souvent	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ? Pipi au lit jusqu'à 5 ans.	seul	frère	Sœur X	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	Parents X	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui X	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ? Combien de temps ?	Oui X deux mois brûlure	non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui X trois mois	non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X la grand-mère	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui X	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?non	Oui X 2 mois	non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui	NonX
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	Oui X	Non
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui	Non X
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ? (avec son père)	Oui X	Non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	oui	Non X
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ? (avec son père)	Oui X	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents? Elle est morte quand elle avait deux ans	Oui	Non X
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	oui	NonX
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	NonX

Age : …25……..ans profession : sans……..

Nombre d'enfants : ……4….. (…3… filles, …1….. garçon)

Ecart avec l'enfant précédent :……1an……. , avec le suivant :…2ans……

Annexe 5

7	*Questions à la maman de Johan :*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? aucune relation avec ses frères et soeurs?). enfant unique	Très mal X	Moyen-nement	Assez bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ?ne sait pas, mais il aime beaucoup son papa	Très mal	Moyen-nement	Assez bien	bien	Très Bien X
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ? On ne l'a pas.	Jamais X	parfois	Souvent	Très Souvent X	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ? maintenant oui avant jamais	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime? je ne fais que ça	jamais	parfois	Souvent X	Très Souvent X	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	Jamais X X	parfois	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ? Il ne demande pas, il met un DVD tout seul	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ? Il se fait son déjeuner tout seul.	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ? Il était puni pendant un mois mais il était content.	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul X	frère	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	Mère X
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui X	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ? 3 semaines en été et 6 semaines de nouveau cet été	Oui X ?	non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui X 6 mois	non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ? La grand-mère pendant deux ans	Oui X	non

	pendant que je bossais à la banque puis quand j'ai repris mes études.	Combien de temps ?2 ans	
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père) avec la grand-mère, rapidement, il l'a pris tout seul jusqu'à 4 ans	Oui X	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ? Il a juste été recousu quand il est tombé du banc avec son père	oui Combien de temps ?	Non X
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école? A la maison	Oui X	non
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ? Au jardin d'enfant un an à la Réunion	Oui X 1 an	non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ? C'est tout le contraire	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	oui	Non X
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ? C'est lui qui commande.	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ? Il ne veut pas	oui	Non X
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui X	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ? De comportement	Oui X	Non (pas d'apprentissage)
35	Votre enfant lit-il avec vous ? Il commence à déchiffrer	Oui X	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	oui	Non X
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X et	non

	grand-père idole		
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?chez mon frère	Oui X	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?tout le temps	Oui X	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	Non X

Age : …32 ans profession : PE Nombre d'enfants : (1 garçon)

Annexe 6

8	*Questions à la maman d'Eric :*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).	Très mal	Moyen-Nement X X	Assez Bien X	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et sœurs?	Très mal	Moyen-Nement X X X	Assez bien	bien	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X	parfois	Souvent	Très Souvent X	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	parfois	Souvent X X	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	

13	activité spéciale qu'il aime? Il aime le ballon ou le vélo		X			
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	Jamais X X	parfois	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	Frère X	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	Frère X	soeur	parents	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui X	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	Oui X	non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui X 3 mois	non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ? Il vivait chez la grand-mère.	Oui X la mamie	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père) La maman sortait et il prenait son biberon avec ses frères.	Oui X	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	oui	Non X
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui	Non X
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui X	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui X	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	oui	non X
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	oui	non X
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents? Souvent en famille à Saint-Paul.	Oui X le week-end	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X son parrain	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	Non X

Age :27…..ans profession : …sans……..

Nombre d'enfants : ……2….. (…… filles, ……2.. garçons)

Ecart avec l'enfant précédent :……. , avec le suivant : 4……

Annexe 7

9	*Questions à la maman de Mauricio*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).	Très mal	Moyen-nement	Assez Bien X X	Bien X	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-Nement X	Assez Bien X	Bien X	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X	parfois	Souvent	Très Souvent X	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois X	Souvent X	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	frère	Sœur X	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	Mère X
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui X	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui Combien de temps ?	Non X
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui X 1 mois	non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X 1 an	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père)	Oui X grand-mère	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Bras cassé une semaine	Oui X	non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui	Non X
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui X	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui X	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	oui	Non X
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ? (avec son père)	Oui X	Non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X pour les vacances	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	oui	Non X
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	oui	Non X
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui X	non

Age : ……31…..ans profession : …vendeuse mais sans emploi……..

Nombre d'enfants : ……2.. (……1 fille, ……1.. garçon)

Ecart avec l'enfant précédent :……. , avec le suivant :……2 ans……

Annexe 8

10	*Questions à la maman (dame d'accueil)Alexandre*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? ne connaît pas son père avec ses frères et soeurs?).	Très mal X	Moyen-nement	Assez bien	Bien X	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ?pas avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-Nement X	Assez bien	Bien X	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	Parfois X	Souvent	Très Souvent X	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X	Souvent X	Très souvent	
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	

14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	Frère X	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	Famille d'accueil X
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ? pas la mère			Oui		Non X

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	Oui X	non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui Combien de temps ?	Non X
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père)	Oui X	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	Oui X 4 mois	non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui X	non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	oui	Non X
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	oui	Non X
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui X	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	oui	NonX
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	oui	Non X
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ? Attaché à la dame de famille d'accueil	oui	Non X
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	oui	NonX
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	oui	NonX
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	NonX

Age : ……21……..ans profession : sans……..

Nombre d'enfants : ……2….. (…… filles, ……2.. garçons)

Ecart avec l'enfant précédent :……. , avec le suivant :……

Annexe 9

11	*Questions à la maman de Yann*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).enfant unique	Très mal	Moyen-Nement X	Assez Bien X	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-nement	Assez Bien X	Bien X	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	Parfois X	Souvent	Très Souvent X	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois X	Souvent X	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	parfois	Souvent X X	Très souvent	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul X	frère	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	Mère X
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui X	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui	Non X
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui	Non x
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X trois ans	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui X	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	oui	Non X

26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école? A la maison	oui	NonX
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui X 3 ans	non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui X	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui X	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui X	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui X	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	oui	Non X
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	oui	Non X
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	oui	Non X
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	Non X

Age :34 ans, profession : famille d'accueil Nombre d'enfants : ……1……..

Annexe 10

12	*Questions à la maman de Christophe*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).	Très mal X X	Moyen-Nement X	Assez bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-Nement X	Assez Bien X	Bien X	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X	parfois	Souvent X	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	Jamais X	Parfois X	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	parfois	Souvent X X	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	frère	Sœur X	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	Mère X
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui X	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ? Lorsqu'il va chez son père.	Oui X Combien de temps ?1mois	Non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui Combien de temps ?	Non X
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ? la grand-mère	Oui X Combien de temps ?	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui X	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ?bras cassé Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	Oui X Combien de temps ? 1 semaine	non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui Combien de temps ?	Non X
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ? (avec son père)	Oui X	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	oui	NonX
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	oui	Non X
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	oui	NonX
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui X	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	NonX

Age : 25..ans profession : sans Nombre d'enfants : 2 (1 fille,1.. garçon)

Ecart avec le suivant :…3 ans…

Annexe 11

13	*Questions à la maman de Samantha*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ?absent avec ses frères et soeurs?).	Très mal	Moyen-Nement X	Assez bien	Bien X	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-nement	Assez Bien X	Bien X	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X	parfois	Souvent X	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	

13	Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?		X			
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	Jamais X X	parfois	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	Frère X	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	Sœur X	parents	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?			Oui X		non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ? Combien de temps?	Oui X 4 ans	non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui Combien de temps ?	Non X
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? il les prenait avec la nénène	Oui X	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	oui	Non X
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ? Chez sa tante	Oui X	Non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non x
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	oui	Non X
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	oui	Non X
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	oui	Non X
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	oui	Non X
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	Non X

Age : ……35…..ans profession : sans……..

Nombre d'enfants : ……8…….. (…2… filles, ……6.. garçons)

Ecart avec l'enfant précédent :……2ans…….

Annexe 12

14	*Questions à la maman de Bryan*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ?n'habite pas avec son père avec ses frères et soeurs?).	Très mal X	Moyen-Nement X	Assez bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-nement	Assez Bien X X	Bien	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X	parfois	Souvent X	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	Jamais X X	parfois	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	Frère X	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	Seul	frère	soeur	parentsX	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?			Oui X		non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui Combien de temps ?	Non X
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui Combien de temps ?	Non X
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X Combien de temps ?	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui X	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	oui	Non X
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui	Non X
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	oui	Non X
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	oui	Non X
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui X	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	oui	Non X
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	oui	Non X
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	NonX

Age : ……24…..ans profession : …sans……..

Nombre d'enfants : ……3 (1 fille, 2.. garçons) Ecart 2 ans

Annexe 13

15	*Questions à la maman de Maëva :*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).	Très mal	Moyen-nement	Assez Bien X	Bien X X	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-nement	Assez bien	Bien X X X	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	Parfois X	Souvent	Très Souvent X	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	parfois	Souvent X X	Très souvent	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	frère	Sœur X	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	Parents X	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui X	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui Combien de temps ?	Non X
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui	Non X
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui X Combien de temps ? 3 ans	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui X la grand-mère	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? choc à la tête et points de suture Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?non	Oui X 1 jour	non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	Oui X	non
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui X Combien de temps ? 3 ans	non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui X	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	oui	Non X
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui X	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ? (avec son père)	oui	Non X
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui X	non

Age : 33 ans profession : commerçante 3 enfants : (2 filles, 1 garçon) Ecart : 4 ans

Annexe 14

16	*Questions à la maman d'Abdou :*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? N'a jamais vécu avec lui avec ses frères et soeurs?). son frère	Très mal X	Moyen-Nement X	Assez bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? Il ne sait pas qui est son père avec ses frères et soeurs? Ils se bagarrent	Très mal	Moyen-Nement X X	Assez bien	Bien	Très Bien
7	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X	parfois	Souvent X	Très Souvent	
8 9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Non je ne voulais pas ce bébé et il faut toujours qu'il se fasse remarquer. Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ? jamais	Jamais X X	Parfois	Souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ? Je ne pouvais pas, c'était du rejet.	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime? des courses	Jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Père décédé Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	parfois	Souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais X	Parfois	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ? Il fait parfois des crises de pleurs	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X en PS	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul	Frère X	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	Seul X	frère	soeur	Parents	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?			Oui X		non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ? Combien de temps ? Il habitait avec mes parents pendant 6 ans	oui	X
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui X Combien de temps? 1 mois	non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ? une amie puis les grands-parents	Oui X Combien de temps ?6ans	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui X grand-mère	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?non	Oui	Non x
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école? J'avais une épicerie à Mayotte mais ici je ne travaille pas.	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui X Une amie	Non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui	nonX
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui x	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui X	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ? non	Oui	Non X
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui x	Non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui	Non x
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ? Il déchiffre	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents? Il est resté 6 ans à Mayotte et y va en vacances	Oui X	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui x	Non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?avant oui	Oui	Non x
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ? jamais	Oui	Non x

Age : …36.ans sans profession Nombre d'enfants : 2……..

(…… filles, …2….. garçons) Ecart avec l'enfant suivant :…4 ans……

Annexe 15

17	*Questions à la maman de Laurent*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? Le grand-père était en prison avec ses frères et soeurs?).	Très mal	Moyen-Nement x	Assez Bien x	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? quand il vient en visite Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs? (Il est jaloux)	Très mal x	Moyen-Nement X	Assez Bien X	Bien	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X	Parfois x	Souvent	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	Jamais	Parfois x	Souvent x	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois	Souvent x	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais x	Parfois	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	

13	Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?		X			
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	parfois	Souvent	Très souvent	0 0
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais	parfois	Souvent x	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	Parfois	souvent	Très Souvent x	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul x	frère	Sœur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	Seul x	frère	soeur	parents	Mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?			Oui		Non x

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ? Il vit en famille d'accueil. Mais la maman le voit le weekend et maintenant le midi et une partie de la semaine.	Oui X Combien de temps ?6ans	Non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui Combien de temps ? 2 mois	Non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ? la grand-mère	Oui X	non

24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec la grand-mère)	Oui X	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?non	Oui X 2 js	non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non X
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui Combien de temps ?	Non x
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non X
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui	Non x
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui x	Non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui x	Non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	oui	Non X
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui	Non x
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui	Non x
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui	Non x
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui	Non x
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	NonX

Age : 27..ans profession : sans Nombre d'enfants : 2 (1 fille, 1.. garçon) Ecart avec le suivant :…7 ans

Annexe 16

18	*Questions à la maman de Michel*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? Le père buvait et est parti. avec ses frères et soeurs?).son demi-frère	Très mal x x	Moyen-Nement x	Assez Bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs? Rivalité avec le demi frère, ils se battent tout le temps	Très mal x	Moyen-Nement X x	Assez Bien	Bien	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais X	Parfois x	Souvent	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	Jamais	Parfois x	Souvent x	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois	Souvent x	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais x	Parfois	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	

13	Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?		X			
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Le père le voit 1 ou 2 fois/an. Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime? Les parents sont séparés depuis que Mickaël avait un an.	Jamais X x	parfois	Souvent	Très souvent	0 0
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	Parfois	souvent	Très Souvent X	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul	Frère X	Sœur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	Seul X	frère	soeur	parents	Mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?			Oui x		Non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ? .	Oui Combien de temps ?	Non X
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui X Combien de temps ?2mois	Non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ? la grand-mère, une copine	Oui X	non

24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec la grand-mère)	Oui X	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Refus du père d'observation 3jours à l'hôpital en vue d'une mise sous médication. Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	Oui	Non X
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école? Elle rentre à 7 heures du soir	Oui X	Non
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui	Non x
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ? Il fait le bébé et veut que je le baigne	Oui X	Non
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ? c'est la copine	Oui	Non x
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui x	Non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui x	Non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	oui	Non X
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui X	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui x	Non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui X	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui	Non x
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui	Non x
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui	Non x
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	NonX

Age : 32..ans profession : Auxiliaire de vie Nombre d'enfants : 2 (2.. garçons de 2 pères différents) Ecart avec l'enfant précédent :……4

Annexe 17

19	*Questions à la maman de Bernard*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).enfant unique	Très mal x	Moyen-Nement x	Assez Bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? Il lui laisse tout faire avec ses frères et soeurs? enfant unique	Très mal x	Moyen-nement	Assez Bien x	bien	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	parfois	Souvent	Très Souvent x x	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) La maman a du mal à supporter son fils. Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ? Il est insupportable.	Jamais x	Parfois x	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ? Il bouge tout le temps.	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ? J'essaie mais on ne finit jamais les parties.	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant?	Jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	

13	Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?		X			
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Le papa ne le voit que le weekend. Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime? Du foot	jamais	Parfois X	Souvent x	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	parfois	Souvent x	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	parfois	Souvent x	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul x	frère	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	Mère x
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?pas le weekend			oui		Non x

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui	Non x
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui Combien de temps ?	Non x
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ? Je travaillais	Oui x	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père)	Oui X	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ? non	Oui x Combien de temps ? 1 jour	non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	Oui x	non
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ? Combien de temps ?	Oui X 3 ans	non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	Oui X	non
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui X	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non X
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui X	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui X	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui X	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	oui	Non X
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui X	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	oui	Non X
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents? Oui paternelle	Oui X	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui x	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ? Les parents sont séparés.	oui	Non X

Age : …32……..ans profession : employée à la sécurité sociale

Nombre d'enfants : 1 (1 garçon)

Annexe 18

20	*Questions à la maman d'Aléa*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? Il laisse tout faire avec ses frères ?).	Très mal X	Moyen-Nement X	Assez bien	Bien X	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-Nement X	Assez Bien X	bien	Très Bien X
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	parfois	Souvent X	Très Souvent x	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois X X	souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ? Je travaille beaucoup, je n'ai pas le temps.	Jamais X	parfois	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant?	Jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	

13	Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	X				
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	parfois	Souvent X X	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	Frère x	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	Frère x	soeur	Parents	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui x	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui Combien de temps ?	Non x
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui	Non x
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui x	non

24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui X	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?non	oui Combien de temps ?	Non x
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	Oui x	non
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui x Combien de temps ?2ans	non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	Oui x	non
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	oui	Non x
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	Oui x	non
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	oui	Non x
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui x	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui x	non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui x	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ? oui	Oui	Non x
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	oui	Non x
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui x	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui x	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui x	Non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui x	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui x	non

Age : 41.ans, profession : employée Nombre d'enfants : 3 (1 fille, 2garçons)

Ecart avec l'enfant précédent :……3…., avec le suivant :……4……n

Annexe 19

21	*Questions à la maman Yann S.*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).	Très mal X x	Moyen-nement	Assez Bien x	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-Nement X x	Assez Bien x	bien	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais x	parfois	Souvent x	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	Jamais x	parfois	Souvent x	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	Souvent x	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	parfois	Souvent x	Très souvent	
	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant?	jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	

13	Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?		x			
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois x	Souvent x	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent x	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	frère	Sœur x	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	Mère x
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui x	non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui Combien de temps ?	Non x
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	Oui x Combien de temps ?6 mois	non
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	oui	Non x

24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui x	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	Oui x Combien de temps ?	Non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non x
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	oui Combien de temps ?	Non x
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	Oui x	non
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui x	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	Oui	Non x
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui x	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui x	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	Oui x	Non
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui x	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui x	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui x	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui x	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui x	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	oui	Non x
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	oui	Non x
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui x	non

Age :28..ans profession : …sans Nombre d'enfants : 2 (…1… filles, …1….. garçons) Ecart avec l'enfant le suivant :…3

Annexe 20

22	*Questions à la maman de Jacques.*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).	Très mal X x	Moyen-nement	Assez Bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal x	Moyen-Nement x	Assez Bien x	bien	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	Parfois x	Souvent X	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois x	Souvent x	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	Jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	Jamais x	parfois	souvent	Très Souvent	

13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	Jamais x	Parfois x	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois x	Souvent x	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	parfois	Souvent x	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul x	frère	soeur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	Sœur x	parents	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?			oui		Non x

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	Oui x Combien de temps ?	non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui	Non x

23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui x Combien de temps ?	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui x	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	oui Combien de temps ?	Non x
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non x
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui x Combien de temps ?	non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non x
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui x	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non x
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	oui	Non x
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui x	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	oui	Non x
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui x	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ? (avec son père)	Oui x	non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui x	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui	Non x
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	oui	Non x
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	oui	Non x
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	oui	Non x
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	Oui x	non

Age : ……37…..ans profession : ……..

Nombre d'enfants : …….. (…… filles, …….. garçons)

Annexe 21

23	*Questions à la maman Ken*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).	Très mal	Moyen-Nement x	Assez Bien x x	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs? Enfant unique	Très mal	Moyen-Nement x	Assez bien	Bien x	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais x	Parfois x	Souvent	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	parfois	souvent	Très Souvent X x	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	Souvent x	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	

13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois x	Souvent x	Très souvent	
	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X	souvent	Très Souvent x	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ? (ou à son père)	jamais	parfois	Souvent x	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	parfois	Souvent x	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	frère	soeur	parents	Mère x
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	Mère x
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?à mi-temps chez le père				Oui	Non x

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	oui	Non x
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui	Non x

23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui x	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ? (avec son père)	Oui x	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	oui Combien de temps ?	Non x
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école? en formation	Oui x	Non
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui x Combien de temps ?	non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	Oui x	non
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	oui	Non x
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non x
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui x	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui x	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	oui	Non x
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui x	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ? Il est trop petit	oui	Non x
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui x	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui x	non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui x	non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui x	non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui x	non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	Non x

Age : ……20..ans profession : sans……..

Nombre d'enfants : …1…….. (…1….. garçon)

Annexe 22

24	*Questions à la maman Evan*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).	Très mal X	Moyen-Nement X	Assez Bien x	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal	Moyen-Nement X x	Assez bien	Bien x	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais x	Parfois x	Souvent	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	Parfois x	Souvent x	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	Souvent x	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois x	Souvent x	Très souvent	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois x x	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	frère	Sœur x	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	Sœur x	parents	mère
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?			oui		Non x

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	Oui x Combien de temps ?	non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui Combien de temps ?	Non x
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui x	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui x	non

25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	oui Combien de temps ?	Non x
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non x
27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui x 3ans	non
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	oui	Non x
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui x	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non x
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui x	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui x	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	oui	Non x
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui x	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ? (son père ne sait pas lire)	Oui	Non x
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui x	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui	Non x
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui	Non x
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	oui	Non x
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	oui	Non x
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	Non x

Age : ……30……..ans profession : …sans……..

Nombre d'enfants : ……2…….. (……1 fille, …….1. garçon)

Ecart avec l'enfant précédent :……3……., avec le suivant :……

Annexe 23

25	*Questions à la maman d'Amazan*	1	2	3	4	5
1 2 3	A la maternelle, comment ça se passait avec votre enfant ? avec son père ? avec ses frères et soeurs?).	Très mal X	Moyen-Nement X X	Assez Bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maison, comment ça se passe avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec son père ? avec ses frères et soeurs?	Très mal X	Moyen-Nement X x	Assez bien	Bien	Très bien
7 8	Voulez-vous savoir toujours où il (ou elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	Jamais	Parfois x	Souvent X	Très souvent	
9	(Souriez-vous à votre enfant ?) Etes-vous fière de lui (d'elle) et est-ce que vous lui faites des compliments ?	Jamais X	Parfois X	Souvent	Très souvent	
10	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
11	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	Parfois X	Souvent	Très souvent	
12	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	Parfois x	souvent	Très souvent	
13	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant? Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	jamais	Parfois X x	Souvent	Très souvent	

	Combien de fois par jour, son père rit avec votre enfant? Combien de fois, le papa fait avec votre enfant une activité spéciale qu'il aime?	Jamais X X	Parfois	souvent	Très souvent	
14	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	
15	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	Jamais	parfois	Souvent X	Très souvent	Mère Père
16	Boit-il (elle) encore au biberon ?	Jamais x	parfois	souvent	Très souvent	
17	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	Jamais	Parfois X	souvent	Très souvent	
18	Avec qui dort-il (elle) ?	Seul X	frère	Sœur	parents	mère
19	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	Sœur	Parents	Mère X
20	Habitez-vous tous les jours avec votre enfant ?				Oui X	Non

21	Avez-vous été séparée de votre enfant pendant une période ?	Oui x 2 ans	non
22	Avez-vous allaité votre enfant ?	oui	Non x
23	Quand t- il (elle) était bébé, une autre personne gardait-elle votre enfant ?	Oui x	non
24	Votre enfant prenait-il (elle) ses biberons avec quelqu'un d'autre ?	Oui x	non
25	Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? Si oui, avez-vous dormi à l'hôpital ?	Oui X non	Non
26	Travaillez-vous en dehors des heures d'école?	oui	Non x

27	Votre enfant a-t-il été à la crèche ou chez une nourrice ?	Oui	Non X
28	Votre enfant est-il toujours dans vos jupes ?	Oui X	Non
29	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs ?	Oui x	non
30	Votre enfant a-t-il peur des étrangers ?	oui	Non x
31	Votre enfant veut-il toujours venir avec vous ?	Oui x	non
32	Lors de la 1ère rentrée en Petite Section, y a-t-il eu des problèmes de séparation ?	Oui x	non
33	Votre enfant aime t-il l'école ?	oui	Non x
34	Votre enfant a-t-il des difficultés à l'école ?	Oui x	non
35	Votre enfant lit-il avec vous ?	Oui X	Non
36	Votre enfant a-t-il des difficultés en lecture ?	Oui x	non
37	Votre enfant va-t-il souvent chez sa grand-mère, ou chez ses grands parents?	Oui X	Non
38	Votre enfant est-il (elle) attaché (e) à sa grand-mère ?	Oui X	Non
39	Votre enfant est-il souvent avec votre sœur, son oncle, sa tante ?	Oui X	Non
40	Votre enfant joue t-il souvent avec ses cousins ?	Oui X	Non
41	Est-ce que le papa a toujours été avec l'enfant ?	oui	Non x

Age : ……39……..ans profession : …sans……..

Nombre d'enfants : ……3…….. (……2 filles, …….1. garçon)

Ecart avec l'enfant précédent :……1 an……., avec le suivant :……

Annexe 24

	Questions au papa	1	2	3	4	5
harmonie familiale 1 2 3	Au cours des 6 derniers mois, comment vous êtes-vous entendu avec votre enfant ? Comment s'est-il entendu avec sa mère ? avec ses frères et soeurs?).	Très bien	bien	Assez bien	Moyen-nement	Pas du Tout Pb Cons-tants
4 5 6	Maintenant, Comment vous entendez-vous avec votre enfant ? Comment s'entend t-il avec sa mère ? avec ses frères et soeurs?).	Très bien	bien	Assez bien	Moyen-nement	Très mal
surveillance parentale 7 8	Voulez-vous savoir précisément où il (elle) est et ce qu'il (ou elle) fait ? Lui dîtes-vous quoi regarder à la télévision ?	jamais	parfois	Souvent	Très souvent	
Attachement Parent-enfant 9 10	Souriez-vous à votre enfant ? Etes-vous fier de lui (d'elle) et le lui dîtes-vous ? Est-ce que vous lui faites des compliments ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
11	Est-ce que vous le (ou la) prenez dans vos bras ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
12	Embrassez-vous votre enfant ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
13	Faites-vous des jeux avec votre enfant ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
	Combien de fois par jour riez-vous avec votre enfant?	jamais	parfois	souvent	Très	

14	Combien de fois faites-vous avec votre enfant une activité spéciale qu'il (elle) aime?				souvent	
15	Lui lisez-vous une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
16	Avec qui dort-il (elle) ?	seul	frère	soeur	parents	mère
17	Est-ce que votre enfant vient se coller à vous pour regarder la télé ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
18	Qui l'accompagne à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	mère
19	Boit-il (elle) encore au biberon ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
20	Est-ce qu'il (elle) pleurait pour venir à la maternelle ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	

Age : ……..ans profession : ……..

nombre d'enfants : …….. (…… filles, …….. garçons)

Annexe 25

	Auto-évaluation par l'enfant	1	2	3	4	5
1 2 3	Comment ça se passe à la maison avec maman ? papa ? avec tes frères et sœurs ?	Très mal	Moyen-nement	Assez bien	bien	Très bien
4 5 6	A la maternelle, comment ça se passait avec ta maman; ton papa; tes frères et soeurs?	Très mal	Moyen-nement	Assez bien	bien	Très bien
7 8	Tes parents veulent toujours savoir où es-tu et ce que tu fais ? Te disent-ils quoi regarder à la télévision	jamais	parfois	Souvent	Très souvent	
9 10	Mes parents me sourient; Mes parents me font des compliments, ils sont contents de moi.	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
11	Ma mère me prend dans ses bras	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
12	Ma mère m'embrasse	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
13	Ma mère fait des jeux avec moi	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
14	Ma mère fait mon activité préférée avec moi	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
15	Ma mère me lit une histoire le soir avant de dormir ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	

16	Est-ce que tu te colles à maman pour regarder la télé ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
17	Bois-tu encore au biberon ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
18	Est-ce que tu pleurais pour venir à la maternelle ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
19	As-tu des difficultés à l'école ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
20	Veux-tu aller faire les courses avec maman ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
21	Aimes-tu venir à l'école ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
22	Arrives-tu à lire ?	jamais	parfois	souvent	Très souvent	
23	Avec qui dors tu ?	seul	frère	soeur	parents	mère
24	Avec qui viens-tu à l'école ?	seul	frère	soeur	parents	mère

Age……. Garçon ☐ Fille ☐

Annexe 26

Échelle d'évaluation Conners, pour les **parents**, version revisée (L) 1997
Nom de l'enfant:……garçon ……fille……..
Date de naissance:……âge:……niveau académique:……
Compilée par……date: ……

Donnez une cote de 0 (jamais), 1 (un peu), 2 (moyennement), 3 (souvent).

L'enfant: cotation :

	0	1	2	3
1- Est colérique et rancunier……	….	….	….	….
2- A des difficultés à faire ou compléter ses devoirs……	….	….	….	….
3- Bouge tout le temps ou semble motorisé……	….	….	….	….
4- Est timide, vite effrayé……	….	….	….	….
5- Refuse carrément tout compromis, changement……	….	….	….	….
6- N'a pas d'ami(e)s……	….	….	….	….
7- Souffre de maux d'estomac……	….	….	….	….
8- Se bagarre……	….	….	….	….
9- Voudrait fuir, renâcle, ou a des difficultés à débuter et soutenir un effort mental (travaux en classe ou devoirs à la maison)……	….	….	….	….
10- A de la difficulté à se concentrer dans ses travaux ou ses jeux……	….	….	….	….
11- Discute les propos des adultes……	….	….	….	….
12- Ne réussit pas à terminer ce qu'il doit faire……	….	….	….	….
13- A des comportements difficiles à gérer dans les magasins……	….	….	….	….
14- Est craintif face aux nouvelles personnes……	….	….	….	….
15- Ne cesse de vérifier ses affaires……	….	….	….	….
16- Perd rapidement ses camarades……	….	….	….	….
17- Souffre de divers malaises, de douleurs……	….	….	….	….
18- Est agité ou très actif……	….	….	….	….
19- A de la misère à se concentrer à l'école……	….	….	….	….
20- Ne semble ne pas écouter ce qu'on lui dit……	….	….	….	….
21- En crise de colère, perd le contrôle……	….	….	….	….
22- Doit avoir une surveillance continue pour terminer une tâche……	….	….	….	….
23- Court partout ou grimpe sans retenue dans les endroits dangereux……	….	….	….	….
24- Craint les nouvelles situations ……	….	….	….	….
25- Est tatillon dans ses habitudes de propreté……	….	….	….	….
26- Ne sait pas comment se faire des ami(e)s……	….	….	….	….
27- Commence à présenter certains malaises, des douleurs ou maux d'estomac avant de partir pour l'école……	….	….	….	….
28- Est facilement à excitable et impulsif……	….	….	….	….
29- Ne respecte pas les consignes et ne réussit pas à terminer à temps ses travaux scolaires (sans lien avec l'opposition ou la compréhension des directives)…	….	….	….	….
30- A des difficultés d'organisation dans ses travaux ou ses activités……	….	….	….	….
31- Est irritable……	….	….	….	….
32- Ne cesse de se tortiller ……	….	….	….	….
33- A peur de rester seul……	….	….	….	….
34- Doit toujours faire les choses de la même façon ……	….	….	….	….
35- N'est pas invité chez les camarades……	….	….	….	….
36- Souffre de maux de tête……	….	….	….	….
37- N'arrive pas à terminer ce qu'il commence……	….	….	….	….
38- Est inattentif ou se laisse distraire facilement ……	….	….	….	….
39- Parle trop……	….	….	….	….
40- Défie ouvertement l'adulte ou refuse de respecter ses demandes……	….	….	….	….

41- Ne se préoccupe pas des détails ou fait des erreurs d'attention dans ses devoirs, tâches ou autre activités	....	....	....	....
42- N'aime pas attendre son tour dans les files, les jeux, les activités de groupe	....	....	....	....
43- Présente de nombreuses peurs	....	....	....	....
44- Souffre de certains rituels qu'il se doit d'accomplir	....	....	....	....
45- Se laisse vite distraire, ou ne reste pas longtemps sur une tâche	....	....	....	....
46- Se dit malade, même quand il est en parfaire santé	....	....	....	....
47- A des accès de colère	....	....	....	....
48- Se laisse distraire alors même quand il a reçu une consigne précise	....	....	....	....
49- S'ingère ou envahit les affaires des autres (la conversation ou les jeux)	....	....	....	....
50- Est étourdi, irréfléchi dans les activités du quotidien	....	....	....	....
51- A des difficultés en mathématiques	....	....	....	....
52- Se met à courir entre deux prises de nourriture	....	....	....	....
53- A peur du noir, des animaux ou des insectes	.....	....	....	....
54- Se fixe des objectifs très élevés	....	....	....	....
55- Bouge des mains, des pieds ou se tortille, sur la chaise	....	....	....	....
56- Ne se concentre pas longtemps	....	....	....	....
57- Est susceptible ou facilement mécontent face aux autres	....	....	....	....
58- A une écriture négligée	....	....	....	....
59- A des difficultés à s'amuser, ou poursuivre ses loisirs dans le calme	....	....	....	....
60- Est réservé, en retrait des autres	....	....	....	....
61- Rend les autres responsables de ses fautes ou de ses comportements	....	....	....	....
62- Ne tient pas en place	....	....	....	....
63- Est brouillon ou mal organisé et ordonné à la maison ou l'école	....	....	....	....
64- Ne supporte pas qu'un autre touche ses affaires	....	....	....	....
65- S'accroche à ses parents ou autres adultes	....	....	....	....
66- Dérange les autres enfants	....	....	....	....
67- Agace délibérément pour ennuyer	....	....	....	....
68- Exige une réponse immédiate aux demandes, sinon vite frustré	....	....	....	....
69- Ne fait attention qu'à ce qui l'intéresse vraiment	....	....	....	....
70- Se montre rancunier, vindicatif	....	....	....	....
71- Perd le matériel nécessaire à son travail ou à la poursuite de ses activités (devoirs scolaires, crayons, livres, outils, ou jouets	....	....	....	....
72- Se dévalorise par rapport aux autres	....	....	....	....
73- Semble tout le temps fatigué ou fonctionner au ralenti	....	....	....	....
74- Est faible en orthographe	....	....	....	....
75- Éclate vite en sanglots	....	....	....	....
76- Quitte son siège en classe ou autres situations quand il doit rester assis	....	....	....	....
77- Change d'humeur de manière subite et radicale	....	....	....	....
78- Devient facilement frustré dans ses efforts	....	....	....	....
79- Est facilement distrait par ce qui l'entoure	....	....	....	....
80- Répond sur l'impulsion du moment avant même la fin de la question	....	....	....	....

Collaboration franco-canadienne, en traduction libre et non-autorisée, du texte original de C. Keith Conners, Ph.d., par les Drs Claude Jolicoeur, m.d. Canada et Pierre Laporte, Ph.d. (doctorat psychologie), France. Projet d'autorisation, février 2006. Visiter le site propriétaire, www.mhs.com, pour obtenir les notations officielles standardisées.

Annexe 27

Échelle d'évaluation Conners, pour les **enseignant(e)s**, longue version révisée (L) 1997,

Nom de l'élève……garçon ……..fille……..
Date de naissance :……..... âge……..
Niveau scolaire :…….....

Nom du professeur(e) :……date : ……

Donnez une cote de 0 (jamais), 1 (un peu), 2 (moyen), 3 (souvent).

L'élève… cotation

	0	1	2	3
1- Défie, provoque……	….	….	….	….
2- Ne cesse de se tortiller……	….	….	….	….
3- Oublie ce qu'il a déjà appris……	….	….	….	….
4- Semble vivre le rejet du groupe……	….	….	….	….
5- Se sent facilement blesser……	….	….	….	….
6- Est pointilleux sur un détail……	….	….	….	….
7- A des sautes d'humeur, un comportement explosif et imprévisible……	….	….	….	….
8- Est impulsif, facile à exciter ……	….	….	….	….
9- Ne parvient pas à prêter une attention méticuleuse aux détails ou fait des	….	….	….	….
fautes d'insouciance dans ses devoirs et leçons ou autres activités……	….	….	….	….
10- Est insolent, effronté……	….	….	….	….
11- Bouge tout le temps, semble motorisé……	….	….	….	….
12- Voudrait fuir, renâcle à la tâche ou n'arrive pas à débuter et soutenir un	….	….	….	….
travail d'effort mental (travail de classe ou devoirs à domicile)……	….	….	….	….
13- Est toujours choisi en dernier pour former une équipe ou participer aux				
jeux ……	….	….	….	….
14- Est hypersensible ……	….	….	….	….
15- Refuse carrément tout compromis, changement……	….	….	….	….
16- Est agité ou trop actif……	….	….	….	….
17- N'arrive pas à terminer ce qu'il commence……	….	….	….	….
18- Ne semble pas écouter ce qu'on lui dit……	….	….	….	….
19- Défie ouvertement l'adulte ou refuse de respecter ses demandes ……	….	….	….	….
20- Quitte son siège en classe, ou dans d'autres situations où il doit rester assis	….	….	….	….
21- Est faible en orthographe……	….	….	….	….
22- N'a pas d'ami(e)s……	….	….	….	….
23- Est timide, facilement effrayé……	….	….	….	….
24- Ne cesse de vérifier ses affaires……	….	….	….	….
25- Éclate vite en sanglots……	….	….	….	….
26- Est inattentif, ou se laisse distraire facilement……	….	….	….	….
27- A des difficultés d'organisation dans ses devoirs et leçons, ses activités…	….	….	….	….
28- Éprouve des difficultés à se concentrer dans ses devoirs ou ses jeux……	….	….	….	….
29- A des difficultés à attendre son tour……	….	….	….	….
30- N'a pas le niveau de lecture de son âge……	….	….	….	….

31- Ne sait pas comment se faire des ami(e)s.....	....	....	....	....
32- Est sensible à la critique.....	....	....	....	....
33- Semble trop se fixer sur les détails.....	....	....	....	....
34- Ne tient pas en place.....	....	....	....	....
35- Dérange les autres enfants.....	....	....	....	....
36- Parle trop.....	....	....	....	....
37- Discute, contrarie les propos des adultes.....	....	....	....	....
38- Ne peut rester tranquille.....	....	....	....	....
39- Court partout, grimpe sans peur du danger dans les endroits interdits.....	....	....	....	....
40- Manque d'intérêt dans les devoirs et leçons.....	....	....	....	....
41- Est maladroit dans ses relations sociales	....	....	....	....
42- A de la difficulté à jouer, s'engager dans un loisir, en gardant son calme	....	....	....	....
43- Aime que tout soit ordre et propre.....	....	....	....	....
44- Bouge des mains, des pieds ou se tortille sur la chaise.....	....	....	....	....
45- Exige une réponse rapide à ses demandes, sinon est vite frustré.....	....	....	....	....
46- Répond sur l'impulsion du moment avant même la fin de la question.....	....	....	....	....
47- Est mesquin, rancunier, vindicatif.....	....	....	....	....
48- Ne se concentre pas longtemps.....	....	....	....	....
49- Perd le matériel nécessaire à son travail ou à la poursuite de ses activités	....	....	....	....
(crayons, livres, outils, jouets, devoirs et leçons).....	....	....	....	....
50- Ne porte attention qu'à ce qui l'intéresse vraiment...	....	....	....	....
51- Reste lointain, en retrait des autres.....	....	....	....	....
52- Se laisse vite distraire, ou ne reste pas longtemps sur une tâche.....	....	....	....	....
53- Doit faire toujours les choses de la même manière.....	....	....	....	....
54- Change d'humeur de manière subite, radicale.....	....	....	....	....
55- S'ingère ou envahit les affaires des autres (la conversation, les jeux).....	....	....	....	....
56- Est faible en mathématiques.....	....	....	....	....
57- Ne respecte pas les consignes et ne réussit pas à terminer ses devoirs et	....	....	....	....
leçons (sans relation ave l'opposition ou la compréhension des directives)..	....	....	....	....
58- Se facilement distrait par ce qui se passe autour de lui.....	....	....	....	....
59- Est agité, toujours debout et prêt à partir.....	....	....	....	....

Collaboration franco-canadienne, en traduction libre et non-autorisée, du texte original de C. Keith Conners, Ph.d. par les Drs Claude Jolicoeur, m.d. Canada et Pierre Laporte, Ph,d, (doctorat psychologie), France. Projet d'autorisation, février 2006
Consulter le site propriétaire, www.mhs.com pour vous procurer les notations officielles standardisées.

Annexe 28

Conseils aux parents. Comment se comporter avec les enfants hyperactifs? Conseils pratiques pour les parents.

1. Simplicité et structure

Les enfants ayant le Thada ont un besoin primordial: **l'ordre.** Ces enfants sont incapables d'organiser seuls ordre et régularité: les parents doivent les assister dans ce sens en les encourageant et en les suivant dans le rangement de leurs affaires. Ces enfants sont particulièrement aidés par une **grande régularité d'horaires et de routines bien définies.**

Ces enfants ont besoin de **règles très simples et de réactions claires, positives et encourageantes** lors d'un comportement souhaité et de conséquences désagréables en cas de comportements indésirables.

Les parents devraient poser **des exigences simples et claires,** avec amour et fermeté, et **encourager fortement le comportement souhaité.**

2. Éviter de distraire l'attention

On peut aider un enfant hyperactif à se concentrer sur ce qui est important en **évitant, dans son environnement, toutes les causes possibles de distraction,** par exemple placer l'enfant dans un endroit pauvre en stimulations, en particulier pour les tâches scolaires. Éviter excitations et distractions aux moments où l'enfant a besoin de se concentrer.

3. Prévenir vaut mieux que guérir

Les parents doivent eux-mêmes apprendre à **anticiper les situations problématiques.** Vous devez vous rendre compte qu'une situation qui vous semble tout à fait normale est, pour votre enfant, **nouvelle et inhabituelle.** Il convient de préparer l'enfant à toutes sortes de **nouvelles situations** et intervenir dès que les choses risquent de mal tourner. Pour éviter les problèmes au cours d'une nouvelle situation, il est bon de rester auprès de l'enfant.

Il peut être utile, en matière de prévention, de dresser une **liste d'instructions** et de la placer bien en vue dans un endroit convenu de la maison. On peut également convenir avec l'enfant d'**une récompense** s'il fait convenablement tout ce qu'il y a sur la liste (ou une partie de la liste). Les parents doivent apprendre à penser **par paliers.**

4. S'arrêter et réfléchir

Beaucoup d'enfants Thada sont **impulsifs.** Ils agissent de façon **irréfléchie et incontrôlée.** Les parents doivent leur apprendre à se contrôler, par exemple en leur

apprenant à compter jusqu'à cinq avant de se mettre en action ou, si l'enfant est plus grand, adopter la formule **"Stop, réfléchis, et agis"** avant qu'il ne fasse quelque chose.

Les parents doivent apprendre cette formule à leur enfant en la répétant à haute voix. C'est une très bonne habitude pour les parents d'enfants hyperactifs de penser à **haute voix** lorsqu'ils apprennent quelque chose à leur enfant.

5. Prévoir suffisamment d'espace pour se défouler

Un enfant hyperactif a un grand besoin de pouvoir régulièrement se défouler (promenade, punching-ball, jeux, sports, etc.)

6. Collaboration intensive avec l'école

Celle-ci est d'importance **primordiale**: il faut **régulièrement faire le point avec l'école.**
3 sujets à aborder avec l'enseignant:
Le fait que l'enfant a le Thada;
La façon de procéder qui a fait ses preuves à la maison et avec les enseignants précédents;
Comment travailler ensemble.
Il est important que l'enseignant sache que l'enfant a le Thada et il faut aussi lui expliquer les problèmes spécifiques de l'enfant. Au besoin, lui fournir de la documentation sur le Thada. Enseignants et parents doivent **collaborer.** Si des difficultés surgissent dans cette collaboration, le thérapeute qui suit l'enfant peut intervenir.

7. Un minimum de respect

Les parents doivent exiger un **minimum de respect** de la part de leur enfant, car sans autorité suffisante et acceptée, il n'est pas possible d'éduquer un enfant Thada.

8. Des manifestations d'amour inconditionnel

Il est important pour ces enfants d'avoir chaque jour des moments de calme et d'affection consciemment réservés, une façon d'être ensemble, de se retrouver chaque jour, calmes et tendrement détendus.

N.B. Une nombreuse documentation est à disposition sur demande auprès de ASPEDAH Secrétariat
CH - 1184 VINZEL
Association hypsos
Case postale 103
1242 Satigny

Tél.(022) 753-39-12 le lundi 9h. à 11h.
Tél.(022) 779-09-12 le jeudi 14h. à 16h.
Fax (022) 797-37-07

Annexe 29

Association Suisse romande de Parents d'enfants avec Déficit d'Attention et/ou Hyperactivité

LES TROUBLES D'HYPERACTIVITE AVEC DEFICIT D'ATTENTION

CONSEILS AUX ENSEIGNANTS

Suggestions pédagogiques pour les enseignants:

Généralités:

Utiliser autant que possible les supports concrets ou visuels;
Donner à l'élève plus de temps pour accomplir des tests/devoirs.

1.Communication –
utiliser des supports concrets si possible
Utiliser la répétition et les phrases courtes.
Travailler le vocabulaire.
Travailler avec le dictionnaire.
Exercices d'expression.
Ne pas demander à l'élève de participer oralement en classe, ou de lire à haute voix - sauf s'il le demande.

2. Inattention
Asseoir l'élève à côté d'un élève modèle.
Asseoir l'élève loin de toute distraction (fenêtre, porte, poubelle ou autre lieu de passage).
Donner des consignes courtes et claires.
Donner un exercice à la fois.
Donner les longs "devoirs" ou exercices en plus petites parties.
Aider l'élève à atteindre des objectifs proches.
Amener l'enfant à pratiquer l'auto-correction de son travail.
Grouper les élèves par deux pour vérifier le travail.
Aider l'enfant à maintenir son effort par un signe discret.

3. Impulsivité
Maintenir claires et simples les règles de la vie en classe.
Apprendre à l'élève à adapter son comportement aux différentes situations de la classe (ex. lever la main).
Ignorer les comportements mineurs gênants pour diminuer les remarques négatives envers l'élève (ceci peut diminuer la tension de l'élève et celle de l'enseignant).
Augmenter la fréquence des remarques positives; la gratification immédiate et répétée est absolument nécessaire pour ces enfants.
Asseoir l'élève à côté d'un modèle ou près de l'enseignant.
Préparer l'élève pour les transitions (d'un travail à un autre, changements de classe, etc.), avertir cinq minutes avant la transition.

4. Socialisation

Relever un comportement social adapté.
Être attentif aux réactions des autres enfants envers leur camarade.
Enseigner les concepts de communication, participation et coopération
Établir avec l'élève des buts de comportement sociaux et un système de récompense.
Complimenter fréquemment l'enfant devant ses pairs afin d'améliorer son estime de soi.

5. Humeur

Prodiguer réassurance et encouragements.
Relever souvent les comportements positifs.
Mettre en évidence les qualités de l'élève ainsi que ses succès ou ses réussites.
Être attentif à l'augmentation du stress.
Rassurer l'enfant lorsque des signes de frustration apparaissent.
Si possible, prendre le temps de parler à l'élève qui s'énerve facilement en lui proposant différents moyens de se calmer (ex. s'éloigner, respirer profondément).

6. Comportements sociaux inadaptés - comment trouver des solutions avec l'élève

Identifier le problème.
Créer des stratégies.
Prévoir les conséquences.
Appliquer la stratégie choisie.
Faire un bilan - sans oublier de souligner les éléments positifs.

Ne pas oublier que tout ceci est fait pour aider l'enfant à progressivement

- mieux comprendre ses émotions.
- exprimer verbalement ce qu'il ressent.
- pouvoir se discipliner pour vivre dans la société.

7. L'organisation

Utilisation d'un cahier journalier (une page par jour).
Agenda ou calendrier pour tests, sorties, vacances, etc.
Avoir une boîte de rangement pour chaque matière.
Ranger les divers travaux chaque jour.
Garder tous les livres pour tous les sujets dans un sac.
Mettre les livres, devoirs, cahiers, etc. toujours à la même place.

Annexe 30 : Critères diagnostiques du TDAH d'après le DSM IV

Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

(1) six des symptômes suivants d'**inattention** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

(a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités

(b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux

(c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement

(d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)

(e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités

(f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)

(g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p.ex., jouets, cahiers de devoir, crayons, livres ou outils)

(h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes

(i) des oublis fréquents dans la vie quotidienne

(2) six des symptômes suivants d'**hyperactivité-impulsivité** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

(a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège

(b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis

(c) souvent, 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)

(d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir

(e) est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »

(f) parle souvent trop

Impulsivité

(g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée

(h) a souvent du mal à attendre son tour

(i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnements différents (p. ex., à l'école - ou au travail – et à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).

Code selon le type

F90.0 (314.01) **Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte** : si à la fois les Critères A1 et A2 sont remplis pour les 6 derniers mois

F90.0 (314.00) **Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante** : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A1 est rempli mais pas le Critère A2

F90.0 (314.01) **Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante** : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A2 est rempli mais pas le Critère A1

Source : *DSM-IV*, p.100-101.

Annexe 31 :

Schéma directeur à partir des dysfonctionnements de la pensée, des troubles de la conscience et de l'attention De la vie affective et émotionnelle Lien entre attachement dysconfiant et hyperactivité			
Au niveau de l'histoire et de la problématique du sujet	**Au niveau cérébral**	**Au niveau de l'action**	**Au niveau des influences familiales, scolaires et socioculturelles**
Histoires des conditions de vie sécurisantes ou insécurisantes des parents et de la famille	Bons fonctionnements ou dysfonctionnements de la conscience à travers les processus de complexification ou la simplexité	Combativité (entre agressivité et soumission)	Généalogie Lien social Mise en situation d'échec
Histoires des frustrations et gratifications	Processus de bonnes incitations et de régulations efficaces du cerveau humain (interconnexions entre les zones cérébrales)	Contrôle, maîtrise (entre apathie et impulsivité)	Fonction paternante et maternante Encadrement d'adultes avertis Elaboration des systèmes de défense et de compensation du sujet et donc des stratégies : fuites, provocations, agressions, repli sur soi
Histoires des stress, des conflits, des humiliations mais aussi des réussites valorisantes et sécurisantes		Activité (entre hypo et hyper-activité)	Codes et valeurs Religion Bonne ou mauvaise diffusion de l'information concernant l'hyperactivité
Histoires des attachements gratifiants et sécurisants ou anxiogènes et dysconfiants		Efficacité de l'attention (entre concentration obsessionnelle et dispersion)	Socialisation primaire et secondaire Analyse des influences relationnelles Choix des camarades Analyse des milieux de vie
	Et perturbations des incitations ou des régulations insuffisantes ou mal coordonnées	Cohérence des motivations affectives et émotionnelles (entre hyper-investissement et hypo-investissement, entre sympathies et antipathies)	Développement de la fonction symbolique Accès à la culture Effet pygmalion
Au niveau de l'étude des processus de mémorisation et donc de reconstruction partielle et partiale de notre histoire **Perspective historique**	Au niveau de l'élaboration de la pensée (sciences cognitives notamment et des contributions significatives des neurosciences de la conscience **Elaborations intérieures actuelles**	Domaine de la communication et de l'expression, (verbales et non verbales), et domaines des activités et tâches particulières. **Résultantes et manifestations extérieures également actuelles**	Noyau central ou zone muette Représentations sociales **Rôle et place au sein de la société**

Liste des abréviations

CLIS : Classe d'inclusion scolaire

dys- : dysphasie, dyslexie, dyscalculie, dyspraxie, etc.

MDPH : Maison des personnes handicapées

QI : (quotient intellectuel)

QIP (quotient intellectuel de performance)

RASED : Réseau d'aide aux élèves en difficulté

TDAH : Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TOC : Troubles obsessionnels compulsifs

TSA :« troubles spécifiques des apprentissages »

Table des matières

Introduction 0
Première partie : Revue de questions, état des lieux 7
I- Les aspects théoriques du développement de l'enfant et de l'hyperactivité 7
I-1-Le développement de l'enfant 7
I-2-Le quotient intellectuel et la déficience 22
I-3- Aspects affectifs et sociaux du développement de l'enfant 31
I-3-1-Affectivité, interactions sociales et langage 31
I-3-2- Les conséquences des carences affectives et sociales 34
I-3-3-Les interactions 36
I-3-4 -Le sentiment d'abandon 50
I-4-L'hyper-activité : (T.D.A.H.) : « troubles du déficit de l'attention / hyperactivité ». 56
I-4-1- L'attention 66
I-4-2-L'impulsivité 78
I-5-L'attachement dysconfiant 82
II: Les prises en charge 113
II-1-La thérapie comportementale 113
II-2-La thérapie familiale 114
II-3- Les thérapies par le corps 114
II-4-Le traitement multimodal 116
III-Identité réunionnaise et Handicap 118
III-1- Le Handicap à la Réunion 118
III-2- Les représentations sociales de l'hyperactivité 125
Deuxieme partie : METHODOLOGIE 138
I- Population concernée et contexte 138
II-METHODES DE RECUEIL 141
II-1- Acquisition des données 141
II-2- Grille d'entretien avec la mère : 142
III-Méthodes d'analyse des données 145
Troisième partie - Résultats 148
I- Résultats des questionnaires 148

II-Analyse des entretiens : 152
III- Synthèse des données 159
Quatrième partie- Discussion 164
I- Discussion de la méthode 164
II-Discussion des résultats 166
III- Entretiens et discussion 181
CONCLUSION et PERSPECTIVES 204
BIBLIOGRAPHIE 212
ANNEXES 208

SOMMAIRE

Introduction 1
Première partie : Revue de questions, état des lieux 7
I- Les aspects théoriques du développement de l'enfant et de l'hyperactivité 7
II: Les prises en charge..... 105
III-Identité réunionnaise et Handicap..... 110
Deuxieme partie : METHODOLOGIE 129
I- Population concernée et contexte 129
II-METHODES DE RECUEIL..... 132
III-Méthodes d'analyse des données 132
Troisième partie - Résultats..... 139
I- Résultats des questionnaires 139
II-Analyse des entretiens :..... 143
III- Synthèse des données..... 155
I- Discussion de la méthode 156
II-Discussion des résultats..... 157
III- Entretiens et discussion……160
CONCLUSION et PERSPECTIVES 192
BIBLIOGRAPHIE 200
ANNEXES……..208

Université de La Réunion, CIRCI,

Thèse de psychologie présentée par Marc Guilhot, 2007-2012

sous la direction du professeur Jean-François Hamon

L'hyperactivité et l'attachement dysconfiant.

Résumé :

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (T.D.A.H.) consiste en l'association de trois syndromes : l'hyperactivité motrice, le trouble de l'attention et l'impulsivité. Les enfants hyperactifs ont souvent des difficultés d'apprentissage. L'attachement entre la mère et l'enfant est un besoin primaire. Les types d'attachement à la mère sont « sécure » s'il y a présence sécurisante du parent ou « insécure ». Les troubles vont engendrer un attachement dysconfiant. Y a-t-il un lien entre attachement et hyperactivité ?

Notre étude s'est effectuée à partir de la passation d'un questionnaire et de vingt cinq entretiens de mères d'enfants hyperactifs à la Réunion. Nous avons observé que des difficultés dans l'acquisition de la lecture sont présentes chez 76% de la population étudiée. Il semble probable qu'un attachement dysconfiant se soit développé entre les mères et les enfants hyperactifs.

Mots clés : Hyperactivité, attention, impulsivité, attachement dysconfiant, interaction, trouble, abandon, handicap

Abstract: Hyperactivity and insécure attachment

(T.D.A.H.) is an association of 3 symptoms: moving hyperactivity, attention disorder and impulsivity. Hyperactives children havent some difficultys in learning. Attachment between mother and children is a primary need. Attachment can be secure or insecure. Is there a relation between hyperactivity and attachment?

Our study in Réunion island, concern 25 hyperactives children mother's interviews with a questionnary. In this population, 76% of children havent reading difficulty and there is an insecure attachment between mother and hyperactive child.

Key words: Hyperactivity, attention, impulsivity, insecure attachment, interaction, trouble, reading, abandon, handicap.