

CARENCE AFFECTIVE ET TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT CHEZ LES ENFANTS DE 0 À 6 ANS : CAS DES ENFANTS DU CAED SAINTE SIMONE DE KOUDOUGOU AU BURKINA FASO

Koudregma Clément RAMDÉ

Université Norbert ZONGO de Koudougou, Burkina Faso

ramclem228@gmail.com

&

Aboubacar BARRY

Université Norbert ZONGO, Burkina Faso

barryaboubacar7@gmail.com

Résumé : La prise en charge des enfants démunis représente de nos jours, la priorité la plus urgente des organisations internationales. Sauver la vie des enfants en les institutionnalisant et leur assurer une meilleure vie, comme tout être humain, demeure la principale tâche de ces organismes. Cependant, des défis liés aux soins affectifs se posent à sa marche. La présente recherche s'intéresse ainsi à l'impact de la prise en charge incomplète de certains enfants institutionnalisés dont la carence affective en est la première conséquence. Elle vise à établir le rapprochement entre carence affective et troubles du développement, chez l'enfant de moins de 7 ans. La méthodologie utilisée, pour notre recherche, s'inscrit dans une approche qualitative. Quarante-cinq enfants du CAED ont fait l'objet de notre recherche. Mais, les personnes qui entrent dans le cadre de la prise en charge quotidienne des enfants en sont impliquées. Pour le traitement des données, une analyse de contenus des données qualitatives issues de nos outils (l'observation, le dessin et l'entretien) est faite en partie avec XLSAT. Les résultats montrent que certains enfants du CAED, vivent dans une situation de carence affective et manifestent de ce fait des troubles du développement.

Mots clés : carence affective – trouble du développement – trouble affectif – trouble du comportement.

EMOTIONAL DEFICIENCY AND DISORDERS OF THE DEVELOPMENT IN THE CHILDREN FROM ZERO TO SIX YEARS : CASE OF CHILDREN AT THE CAED SAINTE SIMONE FROM KOUDOUGOU IN BURKINA FASO

Abstract : The assumption of responsibility of the stripped children nowadays represents the most urgent priority of the international organizations. ¶To save the life of the children by institutionalizing them and to ensure a better life to them as any human being remain the principal task of these organizations. ¶However, of the challenges related to the emotional care are posed with its walk. ¶Present research is interested thus in the impact of the incomplete assumption of responsibility of certain institutionalized children whose emotional deficiency is the first consequence.¶ It aims at establishing the bringing together between emotional deficiency and disorders of the development in the child of less than 7 years. ¶The methodology used for our research falls under a qualitative approach. ¶Forty five children of the CAED were the subject of our research. ¶But, the people who enter within the framework of the daily assumption of responsibility of the children of are implied.¶ For the data processing, an analysis of contents of the qualitative data resulting from our tools (observation, the drawing and maintenance) is made partly with XLSAT. ¶The results show that certain children of the CAED, live in a situation of emotional deficiency and express of this fact of the disorders of the development.

Keywords : ¶deprive emotional - disorder of the development - emotional disorder - behavioral problem. ¶

Introduction

Au cours des vingt dernières années, l'aide humanitaire vis-à-vis des enfants vivant toute sorte de souffrance s'est considérablement accrue dans les pays pauvres et surtout en Afrique. En effet, « aider les enfants démunis » est devenu de nos jours un réflexe pour tout être humain doté de conscience morale. C'est ainsi que les organisations non gouvernementales (ONG) pour les enfants se sont multipliées dans les pays très pauvres comme le Burkina Faso. Toutes ces aides humanitaires ont pour but de subvenir aux besoins élémentaires des enfants démunis jusqu'à un certain niveau de leur réalisation. Cependant, prendre efficacement en charge un enfant souffrant nécessite que l'on prenne en compte toutes les dimensions indispensables à son développement : physique, psychologique, cognitive, affective, sociale, etc. Du fait de la triste situation qui les a menés à l'adoption, les enfants ont tous vécu des situations où leurs besoins affectifs ne pouvaient être totalement et convenablement comblés (Accueil n°187, 2018). Néanmoins, il leur faut un minimum de satisfaction affective afin qu'ils puissent vivre dans un état psychologique non critique. Dans le cas contraire, on parlera ainsi de carence affective chez ces enfants puis de leurs conséquences sur eux. En fait, il faut dire que le bébé a besoin de proximité psychologique et d'une maman capable de capter correctement les signaux qu'il lui envoie. Il a également besoin qu'elle puisse s'accorder affectivement afin qu'il vive au mieux ses affects difficiles. Sinon, une difficulté dans cet accordage mutuelle provoque chez le bébé un malaise. Alors, il est indispensable que nous élucidions cette notion de « carence affective ». Pour ce faire, Dominique Albert (2008, Page 107) précise que :

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

Par ailleurs, Mary Ainsworth (1962, p.96) affirme qu'on parle de carence affective « [...] quand un nourrisson ou un jeune enfant vit avec sa mère (ou un substitut maternel permanent) mais n'en reçoit pas de soins suffisants et n'a pas avec elle de possibilités d'interaction adéquates. » Appelée également carence en soins maternels, on désigne ainsi des vécus avec une insuffisance quantitative ou qualitative d'interaction dans le lien entre l'enfant et la mère ou son substitut (Véronique LEVER, 2008).

Cette carence est appelée précoce, lorsqu'elle est vécue dans les trois premières années d'existence. Elle signifie « les diverses expériences pathogènes qu'un nourrisson peut vivre » (Mazet et Stoleru, 1993). Il s'agit simultanément d'une absence quantitative et qualitative de soins pour l'enfant et implique dans le même temps une insuffisance d'interactions entre ce dernier et sa mère ou son donneur de soin principal. Ici, les interactions précoces sont souvent « discordantes » (Bonneville-Baruchel, 2015) ; c'est-à-dire que le parent répond aux besoins de l'enfant de manière inadéquate sans accordage affectif (par exemple, en répondant à une manifestation émotionnelle de type tristesse en riant, ne prenant pas en compte l'émotion ressentie par l'enfant ce moment).

Par contre, la carence est dite ultérieure, lorsque la carence des échanges affectifs et relationnels avec son entourage est vécue chez l'enfant après ses trois ans. En effet, en 1946, Spitz rédigea un écrit, « L'étude psychanalytique de l'enfant », consacré à la dépression anaclitique et l'hospitalisme. Avec l'aide de Katherine Wolf, il observera 123 nourrissons, âgés de 12 à 18 mois, de mères emprisonnées. Il décrira alors la dépression anaclitique comme une carence affective partielle chez ces enfants séparés de leur mère. (1946, p.313) Il précise que lorsque ces séparations se prolongent, l'enfant évolue vers un état physique et

psychique ralenti et affaibli. Il nomme alors cet état « *l'hospitalisme* », c'est-à-dire une carence affective totale. Dès lors, ses recherches vont permettre une évolution au sein de la prise en charge des enfants en institution ou en orphelinat (Rousseau, 2011). En réalité, René Spitz explique que les ruptures de lien brutales et successives ont pour effet de considérablement ralentir le développement psycho-affectif de l'enfant. L'absence de la figure d'attachement survient ici comme une incapacité pour l'enfant privé d'étayage à penser et dont la priorité est la gestion du manque lié à cette séparation. Par conséquent, l'enfant ne se sent ni vraiment aimé, ni apprécié, ni unique. C'est donc une insuffisance des échanges affectifs essentiels au développement et à l'équilibre affectif du sujet. Pour cet enfant, il est difficile de partager l'attention de l'adulte avec un autre camarade. Cela se comprend aux vues de ses besoins de possession. Dans la situation où l'adulte ne pourrait pas répondre immédiatement à son besoin, cela peut générer de la colère ou encore de la frustration chez lui (Lemay, 2012, p.30). C'est ce qui explique le fait que les mécanismes de défense fassent partie de l'existence de tous les enfants en situation de stress, confrontés à une forme de solitude ou face à une nouveauté. Ils se traduisent généralement par des manifestations régressives. Par exemple, les enfants chercheront le regard et/ou le toucher du parent pour se rassurer. D'autres comportements comme le sucement du pouce, l'agressivité, l'énurésie, voire l'encoprésie peuvent apparaître et se prolonger dans le temps. Par ailleurs, qu'est-ce qui peut entraîner une carence affective ?

Les situations dans lesquelles la carence affective peut apparaître sont aussi bien extra familiales qu'intra familiales : une mère absente, une mère en difficultés (financières, isolement, histoire personnelle, débordée...), une mère déprimée, une maladie congénitale ou acquise. Par exemple, dans le cas où la mère est absente, l'enfant est alors placé en institution où le substitut maternel n'est pas adéquat. Cela signifie que le maternage avec une personne privilégiée est insuffisant. On parle alors de carence sévère si l'enfant n'a pas atteint ses 2 ans et que la durée de placement ainsi vécue persiste. La carence sévère peut devenir psychopathogène et génératrice d'inaffectivité. L'abandon maternel qui ne trouve pas de substitut adéquat produit chez l'enfant des conséquences pouvant être perturbantes pour son développement : des retards de postures ; un défaut de spatialisation ; un déficit dans la connaissance du schéma corporel ; une hypersensibilité aux bruits, au toucher ; un mauvais ajustement dans les bras de l'adulte qui lui donne des soins ; insomnie ; anorexie, des expressions comportementales (s'accompagnant d'un changement de comportements chez le nourrisson, avec l'installation d'un désintérêt pour les jeux, la relation ...), un appauvrissement intellectuel et linguistique (engendrant un retard mental d'origine affective), des attitudes de revendication affective mal appropriées dues à un sentiment d'insécurité avec une dévalorisation et des angoisses d'abandon (Spitz, 1945). Ainsi, il est quasiment impossible d'établir un lien d'attachement adapté aux besoins de l'enfant dans le contexte d'adoption, étant donné l'absence d'un substitut maternel fixe. C'est-à-dire que lors d'une adoption, l'établissement de l'attachement doit se faire rapidement. L'enfant qui est le plus souvent effrayé et peu rassuré se blottit dans les bras de sa nouvelle mère. La mère quant à elle est déjà dans un attachement à son enfant plus avancé. L'enfant est généralement dans une position de passivité traumatique face à une réaction immédiate d'attachement de la mère adoptive. « *A l'âge de l'adolescence, ces enfants sont capables de dire qu'il leur a manqué un temps de peau à peau, un temps de contemplation réciproque pour vérifier la sincérité de l'affection* » (Winnicott, 1957/2015, p.55). Au fond, depuis la seconde guerre mondiale, on observe les effets négatifs de l'institutionnalisation sur le développement physique et émotionnel des enfants. Cette situation survient, particulièrement, lorsque le nombre d'éducateurs est insuffisant, que les soins sont donnés de façon routinière, non

individualisée, incohérente, peu chaleureuse et imprévisible. Les enfants n'ont alors aucun moyen de se lier à une figure d'attachement stable (B. PIERREHUMBERT, 2005). La mère (ou son substitut) est dite froide, peu affectueuse ou négligente. En bref, il n'y a pas de transfert affectif. Ce qui est exactement le cas chez les enfants du Centre d'Accueil des Enfants en Détresse (CAED), car il n'y a que quatre femmes qui assurent la permanence de la prise en charge quotidienne. Aussi, il faut ajouter qu'elles se relaient autour de trois groupes. Cette alternance permanente chez les femmes du fait de leur service ne permet effectivement pas aux enfants de se lier à une figure d'attachement stable. De plus, certains enfants sont souvent victimes de rejet ou de blâmes de la part des femmes du fait de leurs mauvaises actions et surtout sous le prétexte qu'elles sont occupées. Du coup, toutes sortes de conduites inhabituelles apparaissent chez ces derniers, à savoir : agrippements sur les visiteurs, isolement, agressivité, uriner ou déféquer sur ses vêtements, être sur la défensive, colère, désobéissance, etc. Donc, nous avons compris que les enfants du CAED, nombreux d'entre eux vivent dans une situation de carence affective. Ce qui nécessite l'interpellation de tout acteur soucieux du bien-être des enfants. En fait, l'impact des interactions précoces dysfonctionnelles entre un enfant et son donneur de soin possède un effet important sur le développement psycho-affectif des enfants (Coralie Depoorter, 2020). Nous avons alors le devoir d'observer l'étendue des impacts sur le fonctionnement psychique des enfants du CAED qui, d'une manière ou d'une autre, ont vécu des carences affectives précoces caractérisées par la mise en place d'interactions déficitaires et dysfonctionnelles avec le donneur de soin. Notre objectif vise ainsi le décèlement et la compréhension des difficultés manifestées par les enfants vivant dans une situation de carence affective. A cet, nous avons supposé que les enfants qui vivent dans une situation de carence affective manifestent des troubles du développement. Et, concernant ces troubles, nous avons stipulé qu'ils sont d'abord affectifs et ensuite, comportementaux.

Après cette introduction qui décrit à la fois le contexte de réflexion, le problème auquel s'intéresse cette étude ainsi que quelques aspects théoriques de la carence affective, la méthodologie que nous avons proposée pour l'étude est précisée avant la présentation et la discussion des résultats.

1. Methodologie de la recherche

Cette partie présente les aspects suivants : le type et le milieu d'étude, l'échantillon, les modes d'investigation et la collecte de données.

1.1 Type et milieu d'étude

Il s'agit ici d'une recherche qualitative. Elle nous a aidé à comprendre la conduite des enfants en mettant l'accent sur leurs significations. Cette méthode se concentre sur les interprétations et les significations des comportements des enfants afin de mettre en évidence les difficultés développementales dont ils vivent. Elle vise à décrire les conduites des enfants et aide à obtenir des explications plus significatives. Par ailleurs, nous avons choisi le CAED Sainte Simone qui a été créé en Juillet 2007 à Koudougou (au Burkina Faso) par l'Association WEND-RAABO qui à son tour, a vu le jour depuis 2004 sous le récépissé N°2004/006/MATDPBLK/HC. Nous avons choisi ce centre, car il est le seul dans la ville à accueillir un nombre élevé d'enfant dont il est nécessaire que l'on évalue l'impact de leur prise en charge sur eux-mêmes. En effet, le CAED prend en son sein des enfants démunis : soit qui ont perdu leurs parents, soit issus de relations incestueuses, soit des enfants qui ont été abandonné par leurs parents ou encore des enfants issus des mères atteintes de troubles

mentaux. Pour certains, ce centre leur fournit une éducation pendant cinq longues années, après quoi, ces derniers retournent chez leurs proches parents afin de débiter leurs études scolaires. Pour d'autres par contre, il faut qu'ils attendent jusqu'à six ans afin que le CAED, en collaboration avec le ministère de l'action sociale leur trouvent des familles d'accueil qui les aideront à grandir et à avoir toutes les chances que peut avoir un quelconque enfant.

1.2 Echantillon de l'étude

Nous avons fait usage de la technique d'échantillonnage non probabiliste. Et, le choix raisonné a été notre technique de prédilection. L'avantage de cette technique est d'assurer une certaine représentativité de la population, et d'éviter le risque de certains biais introduits lors du choix des unités (Dépelteau, 2003). Ainsi, nous avons choisi de travailler avec tous les quarante-cinq (45) enfants internés, dont le plus jeune a 5 mois et le plus âgé a 5 ans et 6 mois. Nous avons 7 enfants de moins de 6 mois, 12 enfants dont l'âge est entre 6 mois et 3 ans, 26 enfants avec un âge compris entre 3 et 6 ans. Quant à leur sexe, nous avons 28 garçons et 17 filles.

1.3 Modes d'investigation

Etant donné l'âge des enfants (0-6 ans) et le domaine dans lequel s'inscrit notre étude, nous avons utilisé trois outils de la recherche clinique : à savoir l'observation directe passive, les dessins (tracés ou gribouillis) d'enfants et l'entretien dont nous avons effectué avec les femmes (12 femmes) qui assurent la prise en charge quotidienne de la vie des enfants, quelques enfants, le personnel administratif (directrice et secrétaire comptable), les agents de sécurité (2 hommes), les cuisinières (2 femmes), les laveuses (4 femmes) et le responsable de l'infirmerie. En réalité, il faut souligner que le processus d'administration de nos outils s'est déroulé durant le mois que nous avons vécu avec les enfants et s'est confondu à la prise en charge quotidienne de ces derniers. Ainsi, nous avons participé à leur jeu, à leur prise en charge alimentaire, à leurs discussions, à leur consolation. Mais, nous nous sommes intéressés plus particulièrement à leurs conduites : comportement d'indifférence de certains enfants après avoir déféqué ou uriner dans leurs habits quelques temps après leur mise en pot, pleurs, rire, disputes, solitude, anxiété, actes de partage et de gentillesse, joie, nervosité, dessin ou gribouillage ; bref, à toute conduite d'alerte des enfants de ce centre.

1.4 La collecte de données

Il faut dire que nous avons récolté les données grâce à l'observation, l'entretien et les dessins. Aussi, l'analyse de documents nous a permis de collecter des informations très pertinentes. En plus, ajoutons que nous prenions des notes sur un support papier. Enfin, notons que nous avons utilisé un appareil photo pour avoir des images de conduites très manifestes chez certains enfants. Cependant, nous tenons à rappeler qu'étant donné que notre approche relève des méthodes de la psychologie clinique, nous avons fait preuve de rigueur déontologique. De ce fait, les prénoms attribués aux enquêtés s'inscrivent dans le système d'anonymat.

2. Résultats

Dans un premier temps, à l'issue de l'entretien et de l'observation, nous avons retenu les remarques suivantes :

- « Tu es devenu(e) un(e) très beau (belle) monsieur (demoiselle) dans ce vêtement que j'ai choisi spécialement pour toi ». La plupart des enfants qui ont reçu cette appréciation de la part de certaines femmes après leur toilette ont été de bonne

humeur pendant quelques heures ou ont pu conserver leurs habits sur leur corps jusqu'aux heures de changement ;

- Se sentir en insécurité et avoir permanemment peur : d'être frappé par ses camarades ou par les femmes ; qu'on lui retire ses jouets dont il ne se sépare jamais ; qu'on l'oblige à manger. Telle est la conduite d'une enfant de 3 ans 11 mois (Léila) ;
- Les conduites de quelques enfants :

Tableau 1: Les conduites de certains enfants

Prénom(s)	âge	Conduites
Christine	5 ans et 4 mois	elle a des mouvements inhabituels ; elle est intolérante au changement quand elle joue ; elle a des difficultés à demander ce qu'elle veut ; présente un retard de langage (ne peut pas prononcer un mot) ; elle a développé de petites plaies dans toute sa tête ; son dessin ne présente aucun objet significatif, les formes circulaires, arrondies ou ovoïdes, des balayages de crayon, c'est-à-dire qu'on a toujours des traces non figuratives ou « sensori-affectivo-motrices » ou traces primaires selon Tisseron (1995) ; elle urine souvent dans ses habits, mais seulement la nuit.
Sébastien	25 mois	Joue rarement avec les autres ; aime la solitude, le calme et la grande patience sauf en cas de nourriture ; très timide ; il a constamment son index et le major dans sa bouche ; il a déjà un tic dont les mouvements de va-et-vient de sa tête ; il sait indexer mais ne fait toujours pas l'effort de formuler un quelconque mot ou phrase dans sa bouche ; pleure de façon intermittente pour qu'on le satisfasse.
Rose	4 ans 7 mois	Pendant la journée, elle urine et défèque le plus souvent dans ses habits, même quelques minutes après la mise en pot ; elle aime qu'on la porte et refuse catégoriquement de descendre ; elle ne formule toujours pas de bonnes phrases quand elle parle à ses camarades ; elle a des crises pour des riens et est souvent agressive et déteste la frustration.
Ernestine	4 ans 2 mois	Elle n'aime pas du tout collaborer ; elle urine et défèque dans ses habits, même après la mise en pot le matin ; elle est souvent très cruelle ou brutale envers les autres, mêmes ses sœurs jumelles (elle est l'aînée de triplet) : griffer, pincer, pousser, taper avec des objets pour manifester son mécontentement ; elle ne parle toujours pas (aucune phrase n'est formulée).

Il y a 17 enfants (venus dans ce centre avant leur 6 mois ou juste quelques jours après leur 6 mois) qui ont leur pouce ou plusieurs doigts dans leur bouche. En voici quelques illustrations :



Figure 1: doigt(s) dans la bouche chez certains enfants

Dans un second temps, les dessins d'enfant donnent les constats suivants :

En voici une portion d'image des tracés de Christine, comparativement aux tracés d'un enfant de son âge (5 ans) selon les approches d'Alain NAVARRO (2003) :

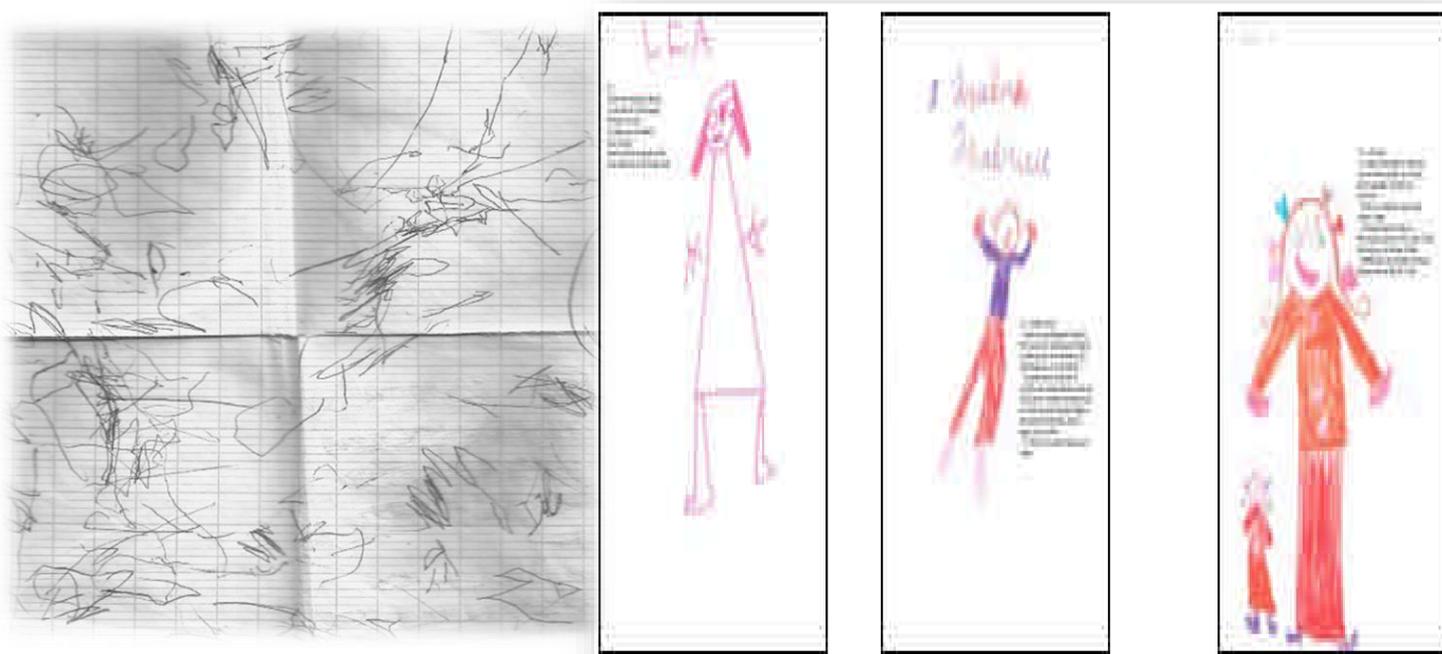


Figure 2 : tracés de Christine (à gauche) ; tracés d'un enfant de 5 ans selon NAVARRO (à droite)

3. Discussion

Les différentes conduites des enfants que nous avons retenues après administration de nos différents outils peuvent avoir de possibles explications. Ainsi :

La régression, chez ces enfants peut être due à la non résolution des conflits psychiques liés à la séparation mère-enfant, vu que certains nous appellent de temps en temps « maman ». Excepté cela, le fait que les enfants ne sortent pas en dehors du centre est aussi un facteur qui fait persister cette régression. En effet, selon René Spitz, cette situation est un état d'altération physique grave qui s'installe progressivement chez le très jeune enfant suite à une carence affective importante tandis qu'il est placé en institution. Si l'absence de la mère survient après 6 mois alors qu'une certaine forme de relation s'est déjà établie avec

elle, mais sans que l'identification à une image stable soit encore possible, on verra s'installer une inhibition anxieuse, un désintérêt pour l'extérieur traduisant une dépression anaclitique. Cela pourra disparaître si l'enfant retrouve sa mère. Ceci étant, nous pouvons résumer cela en disant que le manque d'affection suivi du fait que les enfants ne sortent pas en dehors du centre représente le facteur explicatif de leur conduite de régression.

Quant à l'humeur des enfants vis-à-vis des vêtements qu'ils portent, cela découle des hypothèses des études psychologiques de Catherine Joubert (2013) selon lesquelles les vêtements peuvent influencer notre humeur. Dans son livre, elle affirme que « c'est parce que le vêtement est à la frontière de l'intime et du monde social. Il est cette chose qui fait encore partie de nous, mais qui en même temps, appartient déjà à l'extérieur. C'est cette position d'interface entre le monde et soi qui rend le rapport au vêtement si fertile. L'habit est destiné à porter un message à soi et aux autres. Comme s'il y avait une perméabilité entre l'intérieur et l'extérieur. ». Cela confirme notre propos sur le fait que les habits, réservés pour chaque enfant leur permettent de le garder plus longtemps, d'améliorer leur humeur et leur estime de soi ou confiance en soi. De ce fait, si chaque enfant pouvait avoir ses propres habits à lui tout seul, il serait plus de bonne humeur que d'habitude.

Par ailleurs, quant aux conduites particulières de certains enfants que nous avons notées, elles peuvent avoir aussi une explication. D'abord, il faut dire que les différentes conduites de Christine sont relatives à l'œuvre d'une pensée primitive. En effet, selon Tisseron (1995), ces types de traces « sensori-affectivo-motrices » ou traces primaires participent à la mise en place des deux grands types de fonctions psychiques, d'enveloppe et de transformation en mettant en scène deux types de fantasmes : le fantasme d'une peau commune mère-enfant et le fantasme d'une mise en scène active de la séparation. Ainsi, dans les tracés de Christine, toutes les ébauches de cercles ne contiennent rien, mais sont des ébauches de « conteneurs » évoquant le creux maternel et les contours du corps ; c'est-à-dire que dans cet orphelinat, le psychisme de Christine voit des corps de femmes, mais dépourvus de toutes les qualités de maternité qu'elles devraient avoir. Deuxièmement, ces formes circulaires se ferment. Elles deviennent des formes « contenantantes », faisant référence à une représentation symbolique : celle d'une mère détachée de soi et marquée par cette séparation. Quant aux balayages dans lesquels le crayon inscrit les va-et-vient de la main et aboutissant à la réalisation de lignes ondulées, ils mettent en scène le fantasme d'un éloignement et d'un rapprochement rythmique du corps de la mère mais aussi de son psychisme. Cette activité permet à l'enfant d'accéder à la figuration symbolique des va-et-vient maternels, alors qu'ils étaient perçus comme une succession de présence et d'inexistence. L'enfant accède à la représentation de la permanence de la mère en dehors de ses éloignements ou de ses rapprochements. Tout ceci traduit une situation plus ou moins critique : Christine est toujours dans la pensée primitive, correspondant à la pensée d'un enfant de moins de 18 mois. C'est-à-dire que tous les conflits psychosexuels ou/et psychosociaux des stades antérieurs ne sont pas totalement résolus ; ou encore qu'il y'a des fixations au niveau de certains de ces stades, empêchant le développement psychologique et psychosocial de la fillette. D'où son retard de langage et ses crises émotionnelles. En conséquence, nous dirons que seul un examen psychologique résultant de tests projectifs et d'observation clinique pourrait expliciter les signes critiques chez Christine et de ce fait, permettra de diagnostiquer avec plus de précision, son état psychique. Parce qu'il y'a des paramètres somatiques dont on doit prendre en compte, vu que deux ans avant, la fillette a eu une grave crise qui lui a valu près d'une semaine de coma.

Ensuite, les conduites de Sébastien sont des signes bien moins graves mais qui peuvent conduire à long terme, au développement des troubles réactionnels de l'attachement. Il se conduit comme un enfant qui vit le deuil. En effet, Sébastien est venu après son sixième mois de naissance. Alors que pour Spitz, la séparation mère-enfant provoque des réactions vives et immédiates entre 6 mois et 4 ans. Ces réactions se décomposent en trois phases, à savoir : la protestation, le désespoir et le détachement. Nous pensions que Sébastien est dans la phase de désespoir, car il pleure de manière monotone et intermittente, il se renferme sur lui-même et est passif. Il a quitté sa mère depuis plus longtemps et ne comprend rien à ce qui lui arrive. Non seulement il ne comprend rien, mais il est en plein deuil alors que tous sont heureux autour de lui. Son passé a sans doute entravé sa capacité de former des attachements sûrs. Ce qui le met dans cette situation de défense. En outre, il y a parmi les nombreux apprentissages de la petite enfance, la façon d'entrer en relation avec les gens, comment il trouve sa place dans le monde et des méthodes pour contrôler les influences internes et externes sur sa vie. Par conséquent, nous pensons que Sébastien n'apprécie pas la façon dont on satisfait ses besoins. Donc, il commence à développer des méthodes propres à lui pour faire face au monde. Mais, seuls les résultats de tests projectifs pourront nous en dire plus.

En ce qui concerne les conduites de Rose et d'Ernestine, elles sont toutes assimilables aux signes de l'encoprésie, s'accompagnant le plus souvent d'énurésie comme c'est le cas chez nos deux fillettes. Mais, les causes de l'encoprésie peuvent être organiques, somatiques et psychiques. Parmi les causes organiques, on doit recenser des séquelles de malformations anorectales, des causes neurologiques ou des malformations de l'innervation rectale. Ce qui n'est jamais mentionné dans le bilan médical de ces deux enfants. Alors nous dirons que ces causes ne peuvent être que somatiques et psychiques. Mieux encore, ce trouble survient, la plupart du temps, chez les enfants anxieux, qui présentent une faible tolérance à la frustration et ne savent pas bien gérer leur agressivité. Ce qui est très caractéristique chez nos deux fillettes. De ce fait, nous concluons que les causes de leur trouble sont psychiques. En effet, les deux fillettes, du point de vue psychique, veulent dire à leur mère (ou leur substitut) qu'elles ne leur donneront pas leurs matières fécales pendant les heures de mise en pot, parce qu'elles ne les méritent pas. Mais, comme le besoin biologique en exige, alors elles sont obligées de déféquer dans leurs habits. C'est pourquoi ces filles, une fois assises sur nos jambes ou prises dans nos bras, refusent catégoriquement qu'un autre enfant nous approche ; et si nous les satisfaisons de cette façon, elles acceptent être gentilles en conduite.

Au regard des différentes caractéristiques de conduites que nous avons pu noter chez les enfants, nous pouvons dire que ces conduites sont sujettes de carence affective. Donc, les conduites troublantes (régression, agressivité, anxiété, retard de langage, encoprésie, énurésie, etc.) que nous avons retenues chez certains enfants du CAED viennent confirmer nos deux hypothèses spécifiques qui stipulaient qu'il y a présence de troubles affectifs et du comportement chez les enfants vivant en situation de carence affective. Par conséquent, manifestement troublantes, ces conduites justifient la présence de troubles du développement chez certains enfants du CAED et valident de ce fait notre hypothèse générale.

Nos résultats vont dans le même sens que d'autres études faisant ressortir les manifestations psychiques complexes dont la carence en soins maternels en est la cause. Pour ainsi dire, on retient par exemple que le contrôle sphinctérien chez les enfants encoprétiques est demeuré étroitement lié à la relation première, établie avec la mère et a pu être associé au cours du développement à des séparations d'avec l'objet d'amour, ou des menaces de séparation (Anna Freud, 1966). Nous trouverons chez l'enfant ainsi marqué : des

signes d'immaturité, de dépendance et des tendances régressives ; une incapacité à s'identifier de façon positive ; des difficultés à établir des relations interpersonnelles chaleureuses. Ainsi, dans l'interprétation du dessin comme projection de l'image du corps, on peut voir un aspect uniquement régressif d'immaturité affective ou des bizarreries qui traduisent une atteinte plus profonde du schéma corporel. Aussi dans les réactions aux stimulations affectives (ici, mesurées par les dessins et l'observation), on peut distinguer entre une absence totale de réaction affective ou insensibilité, et des difficultés d'établir un contact affectif soit par des réactions de retrait avec présence d'anxiété, soit par des réactions impulsives (Gauthier, Y. ; Drapeau, P. ; Briones, L. ; et Leclaire, F., 1968).

Cependant, nous suggérons que seuls des résultats négatifs du diagnostic médical et neurophysiologique pourront incontestablement étayer nos hypothèses du fait de la complexité du diagnostic du très jeune enfant (Zeanah et al., 1997 ; Eppright et al., 1998 ; Barton et Robins, 2000). Ainsi, nous fléchissons devant les conclusions de cette étude, parce que nous avons constaté que le nombre élevé d'enfants qu'on a observé (45 enfants), le nombre élevé des personnes qui ont subi l'entretien (les femmes, le personnel administratif, l'infirmier, quelques enfants, les agents de sécurité, les cuisinières, les laveuses) et surtout la difficile administration du dessin à certains enfants, sont autant de résistances qui ont rendu difficile notre étude.

Par ailleurs, quant aux solutions immédiates, nous dirons qu'une attention plus particulière doit être accordée à ces enfants (le nombre de femmes doit augmenter) afin d'identifier les éventuels problèmes psychologiques à l'origine de l'apparition des troubles du développement et de dénouer le blocage. Il leur faut également de l'affection masculine, c'est-à-dire qu'il faut la présence d'un père ou des pères (personnes masculines) qui vont s'associer à la prise en charge quotidienne des enfants par les femmes uniquement. La présence d'affection masculine permet de garantir un sentiment de sécurité chez l'enfant. Tout cela est nécessaire, car Campbell (1995) relève que les enfants de 3 ou 4 ans qui présentent des problèmes de comportements ont 50% de chances de continuer à présenter ces problèmes à la préadolescence (Campbell, 1995 ; Lavigne *et al.*, 1998). Et, les études longitudinales (Caspi *et al.*, 1996) font également un lien entre les difficultés comportementales et affectives précoces et la psychopathologie de l'adulte.

Conclusion

Le développement chez l'enfant de moins de 7 ans reste énormément lié à la qualité des interactions entre lui et son entourage. Ce développement connaît un succès si toutefois l'entourage est très coopératif quant à la satisfaction de ses besoins d'ordre affectif. Par contre, si l'attention que l'on doit porter à l'enfant est absente, insuffisante ou perturbée, cela peut conduire à l'apparition de troubles dans son développement. Ainsi, agressivité, régression, anxiété, colère, encoprésie, énurésie ou sucement de pouce sont entre autre des caractéristiques manifestes de ces troubles. Alors, nous retiendrons que la carence affective est cause de troubles affectifs et du comportement chez l'enfant d'au plus 6 ans. Quant aux mesures à prendre, il faut dire que fournir aux enfants une satisfaction affective devra être désormais la priorité de leur prise en charge.

Références bibliographiques

- Accueil n°187, « Les besoins des enfants adoptés », juin 2018 ;
Ainsworth, M. D. (1962). Les répercussions de la carence maternelle: faits observés et controverses dans le contexte de la stratégie des recherches. *Cahiers de santé publique-OMS*, 14, 95-163.

- Alain NAVARRO, (Mars 2003), *Le dessin du bonhomme chez l'enfant*, Amiens
- Andersen, E. (1999). *Comprendre les dessins d'enfants*. Aartselaar, Belgique : Chanteclerc.
- Anderson, H., & Anderson, I. (1965). *Techniques projectives*. Paris : Éditions Universitaires.
- Anzieu, D. (1973). *Les méthodes projectives*. Paris : P.U.F., Collection S.U.P.
- Bédard, N. (1998). *Comment interpréter les dessins d'enfants*. Outremont, Québec : Québecor.
- Bonneville-Baruchel, E. (2015). 3. Les traumatismes relationnels précoces. *La vie de l'enfant*, 53-96.
- Boutonnier, J. (1953). *Les dessins des enfants*. Paris : Éditions du Scarabé.
- BOWLBY, J. 1951, Soins maternels et santé mentale. Contribution de l'Organisation de la santé au programme des Nations Unies pour la protection des enfants sans foyer, Genève, Organisation mondiale de la santé mentale.
- Catherine Joubert, Sarah Stern (2013), *Déshabilitez-moi : Psychanalyse des comportements vestimentaires*, Fayard.
- Coralie Depoorter, 2020, Impact des carences affectives précoces et des traumatismes relationnels précoces sur les capacités de mentalisation et la formation des imagos parentales chez l'enfant déficient intel- lectuel, Université de Lorraine, NNT : 2020LORR0249.
- Dépelteau, F. (2003). *La démarche d'une recherche en science humaines*. Laval : Les Presses de L'Université Laval.
- Dominique Caïtucoli, 2003, Winnicott : voler, détruire, l'appel au secours de la tendance antisociale, pages 31 à 48, Paris, Le Coq-Héron.
- Fagot B. I., Leve L. D. (1998), Teacher rating of externalizing behavior at school entry for boys and girls : Similar early predictors and different correlates, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 555-566.
- Guedeney A. (1999), *Zero to Three. Culture et règles du jeu*,
- Gauthier, Y. : *L'encoprésie en consultation psychiatrique*. *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 9, 1, 1964.
- Gauthier, Y. ; Drapeau, P. ; Briones, L. ; et Leclaire, F. : *Rapport préliminaire sur une étude des fonctions du moi chez les enfants encoprétiques*. *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 16, No. 9, sept. 1968.
- Goodenough, F. (1957). *L'intelligence d'après le dessin*. Paris : P.U.F.
- Lemay, M. (2012). *J'ai mal à ma mère*. Fleurus.
- LEMAY Michel : *J'ai mal à ma mère*, Paris Fleurus, 1993.
- Marcelli, O. (1993). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris : Masson, Abrégés.
- MONTAGNER H. (1998), *L'attachement. Les débuts de la tendresse*, O. Jacob, Paris, 2006.
- Maurice Berger, 2020, *L'enfant et la souffrance de la séparation*, Paris, Dunod.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1993). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant (Psychopathology of the infant and young child)*.
- B. PIERREHUMBERT, *L'attachement. De la théorie à la clinique*, Eres, Toulouse, 2005.
- Rossier Solène, (septembre 2020), *Les carences affectives chez l'enfant et leur accompagnement par l'éducateur social*, Valais - Wallis // HES SO
- Rousseau, D., & Duverger, P. (2011). *L'hospitalisme à domicile*. *Enfances Psy*, (1), 127-137.
- Serge TISSERON, (1995), *Psychanalyse de l'image*, Pluriel.
- Véronique LEVER, (2008), *la carence affective*, Sallanches, rêve-éveillé
- Widlôcher, D. (1965). *L'interprétation des dessins d'enfants*. Bruxelles : C. Dessart.
- Winnicott, 1957, *La capacité d'être seul*, Paris, Payot.
- Winnicott D. W. (2006). *La Mère suffisamment bonne*, Paris : Payot. <https://www.ac-amiens.fr/amiens5> - Page 25 sur 25
- www.handicap.gouv.fr/plateformes-tnd
- <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2005-1-page-157.htm>
- www.againinburkinaoctobre2010.over-blog.com
- www.katharina-kersting-ev.de

<https://doi.org/10.3917/tf.103.0215>

<https://doi.org/10.3917/psy.481.0157> .