

**Université Alger 1-Faculté de Médecine- Département de Médecine -Cycle  
gradué 6<sup>ème</sup> Année**

**Module de psychologie Médicale**

# **Le développement de l'enfant: Interactions et réactions**

Pr Asma Rehab Oussedik  
Service de pédopsychiatrie  
E.H.S Drid Hocine

Lundi 07 Janvier 2019

# DEROULEMENT DE LA MATINEE

- 1<sup>ère</sup> Partie: Le développement général de l'enfant.
- TD:Séquences du film: \* L'enfant ses douleurs et le médecin \*  
Discussion
- 2<sup>ème</sup> Partie:Les réactions psychologiques à la maladie chez l'enfant.

1<sup>ère</sup> partie

# Le développement général de l'enfant

# Plan

I/ Généralités-Introductions

II/Développement affectif

III/Développement intellectuel

IV/Développement psychomoteur(motricité ,préhension langage et le relationnel)

# Généralités -Introductions

En abordant la psychologie du petit enfant, on note plusieurs particularités :

**1- la néoténie** : la prématurité physiologique du bébé qui naît avec un équipement insuffisant pour s'adapter activement à l'environnement.

C'est l'état de détresse initiale de l'humain qui ne pourra survivre s'il est laissé seul.

Cet état de fait a une conséquence considérable, à savoir que nous naissons dans le besoin impérieux de l'autre, et donc de l'environnement au sens large.

## Conséquences de la néoténie:

- conséquence positive : le rôle essentiel de la socialisation, donc de l'évolution des relations psychiques entre ce nouveau né et son entourage.

-conséquence négative: L'entourage et ses éventuelles carences vont dès lors jouer un rôle délétère ,déterminant dans l'évolution du bébé.

**2-L'épigenèse** : l'organisation progressive somatique et comportementale de l'individu .

une construction intégrant à la fois le programme génétique, les informations et les matériaux fournis par l'environnement.

On voit ainsi que le bébé humain se construit non seulement en fonction de son patrimoine propre, mais aussi que l'environnement va jouer un rôle essentiel dans l'apparition des caractéristiques propres à l'individu.

**3- une personnalité encore en développement**

**4-La demande de soins:** émane le plus souvent des parents.

**5-Le langage :** Bien souvent, le langage ne constitue pas un moyen efficace pour communiquer avec l'enfant. D'où l'intérêt d'utiliser d'autres médiations (le jeu, le dessin...)



# le développement affectif

\*Théorie psychanalytique : S .Freud

\*Théorie de l'attachement: Bowlby

# La théorie psychanalytique

S .Freud :5 stades

## Le stade oral (0-18mois)

Pendant le stade oral, la source du plaisir provient de la bouche et la stimulation buccale.

Selon Freud, pour l'enfant,  
être rempli de nourriture signifie «être rempli d'amour!»

- Si le besoin oral n'est pas satisfait, plus tard l'enfant aura un sentiment de manque, de timidité, de grande dépendance, de jalousie, d'anxiété et développera une personnalité pessimiste.
- Si le besoin oral est trop satisfait, plus tard l'enfant développera une personnalité narcissique avec tendances à rechercher des satisfactions orales (boire, fumer).

## Le stade anal (18 mois à 3 ans)

La zone érogène dominante est la région anale.

L'enfant doit apprendre à contrôler ses productions.

Il apprend le contrôle volontaire de son intestin:  
« retenir » ou « laisser aller »

.

- C'est le premier conflit «social».
- S'il donne ce cadeau, cela prouve son obéissance, sinon son entêtement.
- Selon Freud, la conduite des parents face à cet apprentissage est très importante.

## Le stade phallique (3ans à 6 ans)

L'enfant découvre ses organes génitaux et les différences sexuelles.

le «Complexe d'Œdipe» vécu différemment par la fille et le garçon

Le garçon se rend compte que sa mère (premier objet d'amour) a une relation particulière avec le père.

Son père devient un rival.

Le garçon découvre que les filles n'ont pas de pénis et il qu'il est possible qu'on lui enlève le sien. Il a peur (angoisse de castration).

Pour qu'il y ait bonne résolution du complexe d'Œdipe, il faut que le garçon s'identifie au père (c'est ce qui formera le Surmoi).

C'est une sorte de compromis.



*pour la fille*, La mère est aussi le premier objet d'amour .

Elle découvre qu'elle n'a pas de pénis. Elle tient sa mère responsable de son manque. Elle lui en veut.

Elle cherche donc à séduire le père car elle a envie du pénis.

Cette envie du pénis se transformerait en désir d'avoir un enfant du père (comme la mère est capable de le faire).

La mère devient ainsi une rivale.

Finalement elle accepte sa féminité et s'identifie à la mère.

## La période de latence (6 à 12 ans)

À cette période, s'installe un calme pulsionnel relatif.

La pulsion sexuelle semble disparaître.

Pas de zone érogène spécifique.

C'est l'âge où les apprentissages scolaires, les jeux, les intérêts extra-familiaux et les engagements sociaux prennent de l'importance.

».

## Le stade génital (12 à 18 ans)

Les changements biologiques qui se produisent à la puberté entraînent une réactivation de la zone génitale comme lieu de plaisir.

C'est le stade où se développe l'amour tourné vers autrui.

Avant, la sexualité était "auto-érotique", parce que l'individu se satisfaisait de son propre corps.

Ici, l'instinct sexuel tend à trouver satisfaction auprès d'une personne aimée et entre au service de la reproduction.

# La théorie de l'attachement

BOWLBY

## Définition :

« **Théorie du besoin social primaire** », où l'enfant naît avec ce besoin de contacts, l'attachement s'établissant, parce que la mère, (ou un substitut) satisfait ce besoin de contact social.

- L'attachement est ainsi d'abord un lien basé sur le besoin de sécurité et de protection, et les nourrissons s'attachent ainsi instinctivement à ceux qui les soignent.
- Ce qui maintient proche la figure d'attachement : le sourire, les pleurs, les vocalisations, l'agrippement, du bébé.

## Les origines

Les expériences les plus connues à ce propos sont celles de Harlow qui a beaucoup étudié les singes rhésus.

- Harlow a montré deux phénomènes intéressants;
  - //d'une part, lorsqu'on leur propose une "mère" en peluche, ou une "mère" en fil de fer mais pourvue d'une possibilité d'allaitement, les petits singes choisissent la mère en peluche témoignant ainsi de leur intérêt pour la douceur du contact, plutôt que pour l'allaitement;
  - //d'autre part, il a pu être montré que dès le moindre danger, les petits singes s'agrippent à leur mère, et que s'ils en ont été isolés très jeunes, ils peuvent présenter d'importantes lacunes dans leur développement social. Ces lacunes sont d'autant plus importantes que la séparation aura été longue.

On décrit 4 sortes d'attachement:

- **Attachement Secure**, qui fait que l'enfant a confiance dans le fait que son parent sera disponible, lui répondra et l'aidera dans le cas où il sera confronté à des situations dangereuses.
- **Attachement angoissé- ambivalent**, selon lequel le bébé n'est pas certain que son parent sera disponible et lui répondra ou l'aidera s'il fait appel à lui.
- **Attachement angoissé-évitant**, selon lequel le bébé n'a aucune confiance dans le fait que s'il cherche des soins, il lui sera répondu de manière efficace ; il s'attend au contraire à être repoussé.
- **Attachement angoissé-désorganisé-désorienté**, dans lequel le comportement du nourrisson se fige par moment en présence de sa figure d'attachement, le bébé agrippant le parent avec ses bras tout en s'éloignant avec le reste du corps.  
(enfants victimes de mauvais traitement, ou, tout au moins, de négligence grave.)

# Le développement intellectuel ou cognitif

## LES STADES DU DÉVELOPPEMENT COGNITIF SELON PIAGET

Classe d'âges	Description du stade	Étapes majeures
De la naissance à presque 2 ans	<i>Sensori-moteur</i> Contacts avec le monde par l'intermédiaire des sens et des actions (regarder, toucher, porter à la bouche et saisir)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permanence des objets</li><li>• Angoisse de l'étranger</li></ul>
De 2 à 6 ou 7 ans	<i>Préopératoire</i> Représentation des choses avec des mots ou des images ; utilise l'intuition plutôt que le raisonnement logique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacité à faire semblant</li><li>• Égocentrisme</li><li>• Développement du langage</li></ul>
De 7 à 11 ans environ	<i>Opérations concrètes</i> Pensées logiques à propos d'événements concrets ; compréhension d'analogies concrètes et capacité à exécuter des opérations arithmétiques	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conservation des quantités</li><li>• Transformations mathématiques</li></ul>
De 12 ans environ à l'âge adulte	<i>Opérations formelles</i> Raisonnement abstrait	<ul style="list-style-type: none"><li>• Logique abstraite</li><li>• Capacité d'un raisonnement moral mature</li></ul>



# Le développement psychomoteur

## DEVELOPPEMENT PYSCHOMOTEUR DE L'ENFANT : les étapes clés

Age	Motricité	Préhension	Relationnel	Langage
Naissance	Hypertonie des membres			
1 mois	Hypotonie axiale		Sourire réponse	
2 mois	Réflexes archaïques			Vocalise
3 mois	<b>Tenue de Tête</b>	Secoue un hochet Main attirée par objet	Rit aux éclats	Gazouille
4 mois				
5 mois				
6 mois	Assis avec appui	Attrape un objet <b>pince cubito-palmaire</b>	Reconnaît les visages familiers	Babilles
7 mois				
8 mois				Sons bisyllabiques
9 mois	<b>Assis sans appui</b> <b>Debout avec appui</b> <b>4 pattes</b>	Passe les objets d'une main à l'autre <b>Pince pouce-index</b>	<b>Peur de l'étranger</b>  <b>Fait « au revoir », « bravo »</b>	
10 mois				<b>Papa, maman</b>
11 mois				
12 mois	Debout sans appui	Remet le rond dans son trou	Donne l'objet	5-10 mots
18 mois	<b>Marche</b>			<b>JARGON 50mots</b>
24 mois	Court Monte les escaliers	Superpose plusieurs cubes	Obéit aux ordres simples	Associe deux mots Dit son prénom
3 ans		Trace un trait vertical <b>Latéralité acquise</b>		<b>Dit « je »</b> Fait des petites phrases
4 ans	Saute	Copie un cercle	Jeux collectifs	
5 ans	Marche sur les talons	Copie un carré		Début de l'écrit
6 ans		Copie un losange		Début de lecture

# Séquences de film

## § L'enfant ses douleurs et le médecin §

\*COLLECTION MOTS POUR MAUX \*

Entretien:

Dr Pichard Leandri, médecin anesthésiste, responsable du centre de la douleur(adultes enfants)

animé par :le Dr J Claude Aulnette, médecin de famille, libéral

2<sup>ème</sup> partie:

# Les réactions psychologiques à la maladie chez l'enfant.

# PLAN

**I/Introduction**

**II/Réactions parentales**

**III/Réactions de la fratrie**

**IV/Réactions de l'enfant face à la maladie**

**CONCLUSION**

# Introduction

La maladie d'un enfant représente un traumatisme pour lui et pour ses parents.

- Ce traumatisme intervient à deux niveaux :
  - 1°) Un traumatisme primaire, direct, dû à la crainte de la mort, de la douleur, du handicap ;
  - 2°) Un traumatisme secondaire qui intervient dans l'après coup et dépend de l'histoire familiale et, notamment, de la présence dans la famille de deuil ou de maladie d'autres personnes. (reviviscences)

- La maladie de l'enfant a aussi une autre particularité : elle touche un être en plein développement.
- Si elle intervient durant des périodes charnières de ce développement elle peut le perturber.
- La maladie de l'enfant a un impact sur la qualité des interactions parents-enfant.
- Dans la relation médecin-malade, les parents ont une place prépondérante, quand l'enfant est jeune

# Réactions parentales : 4 sortes

## L'angoisse

L'angoisse parentale aboutit souvent à une permissivité excessive (les parents craignent de contrarier l'enfant et d'aggraver sa maladie).

Ceci peut aboutir à la mise en place de troubles de l'édification des limites chez l'enfant , avec parfois des mises en danger importantes

Parfois, l'enfant s'enferme dans une dépendance à l'égard de ses parents qui peut aboutir à la mise en place de véritables retards de développement indépendants de la maladie

(«handicap » surajouté).

- La Dépression

On remarque souvent la dépression maternelle, mais la dépression paternelle existe aussi.

Demander à rencontrer le père lors des consultations.

- La dépression parentale comporte 2 risques principaux
  - Un épisode dépressif des parents : à diagnostiquer et traiter.
  - Une demande trop importante des parents vis à vis de leur enfant : pour être en quelque sorte « réparés » par lui, ils lui demandent d'être « un malade parfait ». L'enfant peut alors se construire en « faux-self » .



## La Culpabilité

- Maladie génétique
- Accident provoqué par un parent
- Intoxication d'un parent ayant provoqué une maladie chez l'enfant (ex: grande hypotrophie du fœtus liée à un tabagisme maternel)
- Même dans les cas où leur responsabilité n'est pas du tout engagée dans la réalité, certains parents ressentent une grande culpabilité vis à vis de la maladie de l'enfant

## L' Agressivité

- Les parents peuvent développer une agressivité vis à vis de leur enfant, de façon plus ou moins inconsciente .
- l'agressivité des parents ,est parfois indirectement exprimée voire masquée : interdictions de sortir, de partir en colonie, etc.)
- L'expression de cette agressivité peut être directe : certains enfants malades sont maltraités.
- L'agressivité peut aussi s'exprimer envers les soignants.

# Réactions de la fratrie

- Les parents ont souvent tendance à en demander davantage aux frères et sœurs d'un enfant malade :

le protéger, ne pas être agressif avec lui, éliminer toute rivalité fraternele

Les risques pour la fratrie sont multiples :

Dépression - Echec scolaire - - Conduites d'échec...

Le médecin doit s'intéresser aux réactions de la fratrie et lui proposer un soutien si besoin

# Réactions de l'enfant face à la maladie.

- Plus l'attaque du corps est visible, plus la honte est forte et le regard des autres difficile à vivre pour l'enfant.  
(Déformations, douleurs, endommagements.)
- l'enfant peut vivre son corps comme abîmé, morcelé, mauvais, défaillant.
- Les attaques corporelles peuvent être aussi iatrogènes :
  - Médicaments : peuvent provoquer des alopecies, des prises de poids...
  - Examens complémentaires : lui font vivre une dépossession corporelle

- La modification de l'image corporelle de l'enfant touche son estime de soi ,et entraîne :
  - souffrance psychique d'autant plus intense que le bouleversement est grand,
  - Des réactions anxieuses, dépressives et/ou agressives.

# Le concept de mort

- Le concept de mort ou plutôt l'idée de mort est familière aux enfants : même très jeunes, ils utilisent le mot mort et connaissent certains aspects de son contenu: c'est - à-dire la violence .
- Les très jeunes enfants, dans leur manière de s'exprimer, au cours de leurs jeux parlent de la mort : je te tue, je suis mort, tu es mort etc . . ‘
- avant cinq ans, l'idée de la mort est sous-tendue par celle d'absence

- L'enfant de cet âge oppose ce qui est vivant et ce qui est mort et en fait deux catégories :

Bouger, se nourrir ,pour ce qui est vivant ,

Immobile, de silencieux et d'insensible, pour ce qui est mort .

- Vers 8ans:

Irréversibilité :on n'en revient pas

Irrévocabilité : obligatoire

universalité :pour tous

- L'évolution du concept de la mort, dépend de:
  - la manière dont l'entourage présente la mort à l'enfant
  - l'expérience personnelle que l'enfant peut faire de la mort(maladie létale)
  - le concept de mort dépend du travail de deuil auquel peut être confronté l'enfant(décès d'un animal de compagnie, d'un parent.....)



- L'enfant confronté à sa propre mort:

-l'enfant atteint d'une maladie létale a une conscience claire de l'imminence de sa mort

-il peut parler avec réalisme de ses craintes à ce sujet, si on lui en donne l'occasion.

-le secret gardé ,l'évitement de toute question, le silence ,induit chez l'enfant ,des attitudes de retrait, de mutisme, qui accroît son isolement et son vécu abandonnique

-permettre à l'enfant de parler de sa maladie et de son issue , s'il le souhaite lui apporte un soulagement

-la révélation brutale est à proscrire, pas de systématisation rigide de ce qu'on doit lui dire

( en fonction de l'âge, demande de l'enfant , de ses angoisses , soutien familial

# Relation au médecin et au traitement

Le médecin qui propose un traitement devrait avoir à l'esprit les points suivants :

- ▶ La réponse thérapeutique proposée doit être entendue et intégrée par les parents et l'enfant pour qu'une compliance suffisante se mette en place.
- ▶ savoir reconnaître les émotions du petit patient et de sa famille, pour mieux expliquer, parfois même différer un traitement, le temps que celui-ci soit véritablement accepté.

► La cohérence entre les différents professionnels ou équipes qui interviennent est indispensable : dans le cas contraire (ex : informations ou nouvelles contradictoires, disqualification du partenaire,...) on peut observer de réels traumatismes à répétition, pouvant entraîner de la part des parents des réactions projectives ou un « shopping » médical.

► Pour l'enfant, le plus difficile est sans doute l'image qu'il vit de son corps malade, attaqué par les traitements.

# Conclusion

- ✓ La maladie de l'enfant entraîne un vécu de ses parents qui leur est propre, influencé par leur histoire personnelle et familiale.
- ✓ Etre attentif à 3 situations :
  - Enfant qui teste les limites familiales et devient un « tyran domestique ».
  - Enfant qui ne laisse pas s'épanouir ses facultés d'autonomisation en restant totalement dépendant de ses parents, comme pour « les réparer ».
  - Enfant qui développe une personnalité en « faux-self »( le malade parfait,.).
- ✓ sont indispensables;  
Une bonne collaboration entre pédiatre, médecin généraliste et équipe de pédopsychiatrie.
- ✓ formation du personnel soignant ,à faire parler les enfants ,et à les écouter

✓ sont indispensables:

Une bonne collaboration entre pédiatre, médecin généraliste et équipe de pédopsychiatrie.

✓ formation du personnel soignant ,à faire parler les enfants ,et à les écouter !!!!