

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail - Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace- Work - Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
THE HUMAN AND SOCIAL
SCIENCES

INSTITUTIONS THÉRAPEUTIQUES, STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE ET CAPACITÉ DE DÉSYMBOLISATION CHEZ LES ENFANTS TDAH

Thèse de Doctorat/Ph.D en Psychologie soutenue le 04 novembre 2024.

Spécialité : Psychopathologie et Psychologie Clinique

Par

NGNOMBOUOWO TENKUÉ JOSUÉ

Titulaire d'un Master en Psychologie

Spécialité : Psychopathologie et Psychologie Clinique



JURY

<u>Président</u>	TSALA TSALA Jacques-Philippe	Professeur	Université de Yaoundé 1
<u>Rapporteurs</u>	MGBWA Vandelin	Professeur	Université de Yaoundé 1
	ROSKAM Isabelle	Professeure	Université Catholique de Louvain-Belgique
<u>Membres</u>	NKELZOK KOMTSINDI Valère	Professeur	Université de Douala
	EBALE MONEZE Chandel	Professeur	Université de Yaoundé 1
	NGUIMFACK Léonard	Professeur	Université de Yaoundé 1

NOTE D'AVERTISSEMENT

ATTENTION

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iv
SERMENT DE PROBITÉ INTELLECTUELLE OBLIGATOIRE.....	v
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT	vii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	ix
LISTE DES ANNEXES	1
INTRODUCTION GÉNÉRALE	2
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE DE L'ETUDE.....	33
CHAPITRE 1 : TDAH OU ENFANT CONFRONTÉ À ÉROS ET SES DÉSIRS	34
CHAPITRE 2 : INSTITUTIONS THERAPEUTIQUES	75
CHAPITRE 3 : LE PROCESSUS DE SYMBOLISATION.....	117
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	157
CHAPITRE 4 : STRATEGIES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES	158
CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES DONNEES DE L'ETUDE	214
CHAPITRE 6 : ANALYSE DES DONNEES DE L'ETUDE.....	258
CHAPITRE 7 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	278
CONCLUSION GÉNÉRALE	317
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	331
ANNEXES.....	x

À

Mon papa, **ZOSSIE SIMO TENKUE Jean-Marie**, de regrettée mémoire
Ma maman, **TSEMI CHARLOTTE Rebecca**,
et mon épouse **MBOUOFEHUIE Eloditte**.

REMERCIEMENTS

Cette thèse est l'aboutissement d'un long projet qui a été rendu possible grâce à la collaboration et l'apport de plusieurs personnes à qui nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude. Nous tenons tout d'abord à remercier les Professeurs Vandelin MGBWA et Isabelle ROSKAM qui ont accepté de la diriger. Tout au long de ces années de notre parcours doctoral, ils nous ont proposé une gamme variée de lectures permettant une richesse d'échanges favorables à la construction de l'objet de recherche et sa réalisation sur le terrain.

Nous exprimons également notre gratitude au Professeur Chandel EBALE MONEZE, Chef de Département de Psychologie ; aux Professeurs Marc Bruno MAYI et Léonard NGUIMFACK, respectivement Coordonnateur et Coordonnateur-Adjoint du Laboratoire de Psychologie du Développement et du Mal Développement, ainsi que les membres dudit laboratoire qui ont apporté, chacun à son niveau, des remarques, des critiques, des suggestions et des contributions lors des différentes séances de pré-soutenance. Nous exprimons aussi notre reconnaissance au Professeur Jacques Philippe TSALA TSALA, Coordonnateur du Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives, ainsi qu'au Professeur Armand Claude LEKA ESSOMBA, Coordonnateur de l'Unité de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines et Sociales.

Nous exprimons toute notre sympathie à Monsieur Alexandre MANGA, Directeur Général du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Émile LEGER et à tous les enfants TDAH de cette institution, de même qu'à Mme BOUYAP, Psychologue Clinicienne de ladite institution, pour nous avoir permis de collecter nos données.

L'expression de notre profonde gratitude va à l'endroit de la Rév. Sr Judith Jacqueline MOCHE TAGNE, pour l'espace qu'elle nous a offert pour rédiger cette thèse ; de la Sr Josiane Désiré NGO ONGONG, pour ses multiples soutiens ; de Mme ANGONO Gervaise épse NDZANA pour tout le soutien durant cette période ; d'Emmanuel YOUOPOUO pour ses multiples encouragements depuis nos premiers pas à l'Université ; de mes enfants Sarah Wonders, Chanelle Wendy, Josué II Winner et Ezékiel Wisdom pour leur présence chaleureuse tout au long de ce travail ; de Dr Godswill NTSOMBOH NTSEFONG, qui n'a cessé d'être un modèle pour moi ; de Stanley FORPA, BOVEFONG SIMO TEDJING et Georges KUEGNONG SIMO pour l'achat des documents ayant facilité la réalisation de ce travail et Belise NGA LEYEBE pour la saisie et sa mise en forme.

Nous pensons également à Marie La chance MVESST, NENTA PEYOUANG, Ernest KOUO, Christine MVEKIEREKOENG SIMO, SIMO ADAMOU, Irène MAKETI et Marguérite MASSIE SIMO pour leur soutien financier.

SERMENT DE PROBITÉ INTELLECTUELLE OBLIGATOIRE

Je, soussigné **M. NGNOMBOUOWO TENKUE Josué**, reconnais par ce serment de probité et de propriété intellectuelle que cette thèse de Doctorat/Ph. D en Psychologie est entièrement l'œuvre de mon esprit, ainsi que le produit de mes propres investigations intellectuelles. Elle ne fait par conséquent, d'aucune façon quelconque, l'objet de plagiat ou contrefaçon. Tout emprunt a été explicitement signalé et cité conformément aux conventions en vigueur dans la science en général et dans ma discipline en particulier.

J'admets par-là que toute falsification probante de cette assertion puisse conduire à sa nullité.

RÉSUMÉ

La présente thèse explore les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé. Elle part du constat selon lequel l'enfant TDAH est présent où il n'est pas attendu et absent où il est attendu. Ce qui s'apparente à la désymbolisation. Les recherches psychanalytiques abordant ce phénomène l'attribuent à une carence dans le développement des processus psychiques de l'enfant ; le réduisant ainsi à une causalité linéaire. Or, non seulement le TDAH est multifactoriel, mais aussi toute institution thérapeutique pose le problème de l'altérité, c'est-à-dire de l'acceptation d'autrui en tant que sujet pensant et autonome par chacun des acteurs sociaux qui entretient avec lui des relations affectives et des liens intellectuels (Enriquez, 2019). D'où le problème de recherche suivant : « Alors que les travaux actuels sur les institutions thérapeutiques montrent leur effet sur les processus psychiques individuels, très peu d'études ont pris cela en compte, notamment avec le processus de symbolisation chez les enfants TDAH ». L'étude s'est reposée sur un paradigme exploratoire et a adopté un devis qualitatif. Elle s'est adressée à deux informateurs et cinq enfants TDAH de l'école inclusive du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé. Les données ont été collectées à l'aide du test de Rorschach et des entretiens semi-directifs respectivement auprès des enfants TDAH et des informateurs. Les données du Rorschach ont été analysées selon l'approche française de Nina Rausch de Trautenberg (1977), actualisée par la démarche d'interprétation de Chabert et al. (2020). Celles issues des entretiens ont été traitées par l'analyse de contenu thématique. Les résultats montrent que si les enfants TDAH ont en commun l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité, chacun d'eux cumule des facteurs de risque qui lui sont propres et qui l'amènent à externaliser son comportement d'une manière ou d'une autre. Le non ciblage de ces facteurs dans la prise en charge participe à la désymbolisation des enfants. La rigidité du cadre thérapeutique entrave également leur processus de pensées. La prise en charge telle qu'elle est menée avec les enfants ne prend soins que de l'enfant. Le parent étant réduit au seul informateur pour le bien-être de l'enfant. Ne pas prendre en compte ces éléments dans la prise en charge de ces enfants au sein du centre d'accueil, constitue pour eux une sorte de violence qui remet en cause leur processus de subjectivation, préalable à leurs capacités de symbolisation.

Mots-clés : TDAH, Institutions thérapeutiques, désymbolisation, Rorschach, prise en charge.

ABSTRACT

This thesis explores the factors associated with the therapeutic institution that contribute to the desymbolisation of ADHD children at the Etoug-Ebé National Rehabilitation Centre for the Disabled. It starts from the observation that ADHD children are present where they are not expected and absent where they are expected. This is akin to desymbolisation. Psychoanalytic research into this phenomenon attributes it to a deficiency in the development of the child's psychological processes, reducing it to a linear causality. However, not only is ADHD multifactorial, but any therapeutic institution also poses the problem of otherness, i.e. the acceptance of others as thinking and autonomous subjects by each of the social actors who have emotional relationships and intellectual ties with them (Enriquez, 2019). Hence the following research problem: 'While current work on therapeutic institutions shows their effect on individual psychic processes, very few studies have taken this into account, particularly with the symbolisation process in ADHD children'. The study was based on an exploratory paradigm and adopted a qualitative approach. It involved two informants and five ADHD children from the inclusive school at the Etoug-Ebé National Centre for the Rehabilitation of People with Disabilities. Data were collected using the Rorschach test and semi-structured interviews with the ADHD children and the informants respectively. The Rorschach data were analysed using the French approach of Nina Rausch de Traubenberg (1977), updated by the interpretation approach of Chabert et al. (2020). Interviews were processed using thematic content analysis. The results show that while ADHD children have inattention, hyperactivity and impulsivity in common, each of them also has risk factors of their own which lead them to externalise their behaviour in one way or another. Failure to target these factors in treatment contributes to the desymbolisation of the children. The rigidity of the therapeutic framework also hinders their thought processes. Treatment as it is carried out with children only takes care of the child. The parent is reduced to a mere informant for the child's well-being. Failure to take these factors into account when caring for these children in the reception centre constitutes a kind of violence for them that calls into question their subjectivation process, a prerequisite for their ability to symbolise.

Key words: ADHD, therapeutic institutions, desymbolisation, Rorschach, treatment.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Prévalences du Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité.....	12
Tableau 2 : Tableau synoptique ses variables, modalités, indicateurs et indices.....	163
Tableau 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des participants.....	194
Tableau 4 : Tableau de synthèse des données du Rorschach	248

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ΣC : somme des couleurs ;

A : réponse animale ;

AAP : American Academy of Pediatrics

Ad : détail animal ;

ADHD : Attention Deficit Hyperactivity Disorder ;

Anat : réponse anatomique ;

APA : American Psychology Association

APA : American Psychiatric Association

Arch : architecture ;

Ban : réponse banale ;

BIP : Biais Illusoire Positif

Bot : réponse végétale ;

C : Réponse dictée uniquement par la couleur ;

CE2 : Cours Élémentaire 2^{ème} Année

CF : Réponse dictée par la couleur, mais secondairement par la forme ;

CFTMEA : La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CIM-10 : Classification internationale des maladies 10^{ème} édition

Clob : Réponse dictée uniquement par l'effet des masses sombres ;

ClobF : réponse dictée par la masse sombre, mais secondairement par la forme ;

CM1 : Cours moyen 1^{ère} année

CM1 : Cours moyen 1^{ère} année

D : Détail fréquemment observé ;

D/G : Globalité à partir d'un détail ;

DAAF= Division des Affaires Administratives et Financières.

DAFRSPH= Département de l'apprentissage, de la Formation et la Réinsertion Socioprofessionnelle Des Personnes Handicapées.

Dbl : Détail dans le blanc ;

Dd : détail secondaire ;

DIS : Département des Interventions Sociales.

DIS= Département des Interventions Sociales.

DPCMSPH= Département de la Prise en Charge Médico-Sanitaire des Personnes Handicapées.

DRPH= Direction de la Réhabilitation des Personnes Handicapées.

DSM-IV TR: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Diseases, IV^e version ;

E : Réponse dictée par l'estompage ;

EF : Réponse dictée par l'estompage, mais secondairement par la forme ;

Elem : élément ;

F- : Mauvaise qualité formelle ;

F : réponse dictée par la forme ;

F+ : Bonne forme ;

F+/- : Forme indéterminée ;

FC : Réponse dictée par la forme, mais secondairement par la couleur ;

FClob : réponse dictée par la forme, mais secondairement par la masse sombre ;

FE : Réponse dictée par la forme, mais secondairement par l'estompage ;

FMIT : Fondation Médicale Index Telema;

Frag : fragment ;

G : réponse globale ;

G% : Pourcentage de G ;

Gbl : Globalité dans le blanc

Géo : réponse en forme géographique ;

H : être humain ;

HAS : Haute Autorité de la Santé

Hd : détail être humain ;

ICS : l'International Consensus Statement

K : Kinesthésie humaine ;

kan : kinesthésie animale ;

kob : kinesthésie objet ;

kp : kinesthésie partielle ;

Obj : objet fabriqué par l'être humain ;

ONG : Organisations Non-Gouvernementales

Pays : paysage ;

PTSD : État de Stress Post-Traumatique.

Q.I. : Quotient Intellectuel

R : Nombre de réponses ;

SAAPPH= Service d'Admission et d'Accompagnement Psychosocial des Personnes Handicapées.

SAFRP= Service de l'Apprentissage, de la Formation et de la Reconversion Professionnelle ;

Scènes : réponse à contenu complexe ;

SCFPHA= Service de Chirurgie Fonctionnelle Polyvalente du Handicap et d'Anesthésie.

SESI : Service de l'Éducation Spéciale et Inclusive

SESI= Service de l'Éducation Sociale et Inclusive.

Sex : sexe ;

SG= Surveillance Générale ;

SMGPEC= Service de Médecine Générale, de Pharmacie et des Examens Para cliniques ;

SRBC= Service de la Réhabilitation à Base Communautaire.

SRFPA= Service de Rééducation Fonctionnelle Polyvalente et Appareillage ;

T : Temps de passation ;

TAG : Trouble Anxieux Généralisé ;

TCE : Trouble du Comportement Externalisé ;

TDAH ou TDA/H : trouble du Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité ;

TL : Temps moyen de latence;

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif ;

TRI : Type de Résonance Intime ;

SRPAP= Service de la Réinsertion et de la Posture des Anciens Pensionnaires.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche	xi
Annexe 2 : Autorisation de recherche CNRPH.....	xii
Annexe 3 : Autorisation de recherche FMIT	xiii
Annexe 4 : Formulaire de consentement libre et éclairé des informateurs.....	xiv
Annexe 5 : Guide d'entretien	xvi
Annexe 6 : Grille d'analyse des données	x
Annexe 7 : Synthèse des données de l'échelle de Conners.....	xi
Annexe 8 : Echelle d'hyperactivité de Conners pour les enseignants.....	x
Annexe 9 : Echelle d'hyperactivité de Conners pour les parents.....	xi
Annexe 10 : Clairence éthique pour la prévalence du TDAH au Cameroun	xii
Annexe 11 : Cotation et interprétation de l'échelle de Conners (2008).....	xiii
Annexe 12 : Entretien de Formulation Culturelle (EFC)	xiv
Annexe 13 : Contenu des entretiens avec l'informateur Engue	xv
Annexe 14 : Contenu des entretiens avec l'informatrice Ninab.....	xxix
Annexe 15 : Modèle de psychogramme du Rorschach	xxxi
Annexe 5 : Planches du Rorschach	xxxii

INTRODUCTION GÉNÉRALE

0. 1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

L'UNESCO (2003) définit l'éducation inclusive comme une approche qui vise à transformer les systèmes éducatifs afin de répondre à la diversité des apprenants. Il vise à permettre aux enseignants et aux apprenants de se sentir à l'aise avec la diversité et de le considérer comme un défi et un enrichissement dans l'environnement d'apprentissage plutôt qu'un problème. Pour Tchombé (2017), il s'agit d'un processus visant à répondre à la diversité des besoins de tous les apprenants grâce à une participation croissante à l'apprentissage, aux cultures et aux communautés, et à réduire l'exclusion à l'intérieur et à l'extérieur de l'éducation. Ce qui implique des changements et des modifications dans le contenu, les approches, les structures et les stratégies, avec une vision commune qui couvre tous les enfants de la tranche d'âge appropriée et la conviction qu'il incombe au système régulier d'éduquer tous les enfants. L'éducation inclusive assure la transformation de l'ensemble du système scolaire pour répondre à une diversité de besoins.

L'inclusion impose l'accessibilité du milieu d'accueil et le droit de compensation des conséquences du handicap. Cette volonté politique ambitieuse est louée pour tous. À ce sujet, Gillet-Cazeuse (2022) affirme : « L'école inclusive prise dans le discours médical est le terrain où se jouent toujours, correction, compensation et redressement » (Ngono Ossango & Mbock, 2023, p. 128). Les politiques d'inclusion au Cameroun soulignent les efforts déployés par le gouvernement pour fournir un soutien social afin d'assurer l'accès aux personnes en situation de handicap. Elles fournissent des orientations pour des pratiques pédagogiques inclusives qui assurent la pleine participation de tous les apprenants vulnérables. C'est le cas de la loi n°83/13 de juillet 1983 portant sur l'éducation des enfants en situation de handicap qui invite les parents d'enfants en situation de handicap à envoyer leurs enfants dans les écoles ordinaires. Cette approche intégrée exige qu'un personnel spécialisé soit recruté pour répondre aux besoins des enfants en situation de handicap dans les écoles ordinaires, ainsi que la fourniture de matériel pédagogique approprié.

Parmi les enfants ayant des besoins spéciaux se trouvent les enfants avec le Trouble Déficitaire d'Attention avec Hyperactivité (TDAH). Le Trouble Déficitaire d'Attention avec Hyperactivité (TDAH) est un trouble neuropsychiatrique qui s'accompagne d'une perturbation de plusieurs sous-systèmes cognitifs : l'attention, la mémoire et les fonctions dites exécutives. Sa caractéristique essentielle est, selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, IVe version (DSM-IV-TR) (American Psychological Association [APA], 2000), un mode

persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce que l'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire. Sa fréquence et son impact social, ainsi que ses conséquences négatives sur le développement personnel, en font un problème de santé publique. Il est actuellement le diagnostic neuropsychiatrique le plus fréquemment posé chez les enfants d'âge scolaire (Roskam, 2011).

En tant que Trouble du Comportement Externalisé (TCE), la première caractéristique la plus habituelle des enfants TDAH est l'agitation. Ce sont les enfants qui bougent sans cesse, courent au lieu de marcher. Ils donnent l'impression de ne jamais être fatigués. Ils semblent ne jamais se poser. Leurs activités impliquent le plus souvent la motricité globale. Ces enfants « sautent, font des culbutent, se tortillent sur leur chaise, se mettent la tête en bas et les pieds en l'air pour regarder la télévision, bref, ne restent jamais tranquille » (Roskam, 2021, p. 22). À l'inverse, les activités impliquant la motricité fine, c'est-à-dire les muscles plus petits, en particulier ceux des doigts, les intéressent moins. En revanche, dessiner, colorier, peindre, jouer à la pâte à modeler, empiler des cubes, inventer des histoires avec de petites figures sont des activités qui ne les passionnent pas, ou alors pour un temps très limité. Ils éprouvent une sorte de besoin irrésistible de remettre tout leur corps en mouvement, dans des gestes amples, brusques et rapides.

Roskam (2021) affirme que cette agitation épuise l'entourage, car elle est envahissante, persistante et permanente. Elle bouleverse parfois le sommeil des enfants TDAH. Ceux-ci mettent du temps à s'endormir, bougent en dormant, leur sommeil étant perturbé, leur lit constamment en pagaille. Selon Roskam (2021), il n'est pas rare que des réveils nocturnes pourrissent aussi la vie de toute la famille. L'agitation motrice se remarque assez très vite dans le développement de l'enfant TDAH. Tandis que les enfants de la même tranche d'âge apprécient s'asseoir sur les genoux pour regarder un livre, pour partager des comptines, les enfants TDAH donnent l'impression qu'il n'est pas possible de les tenir sur soi. Ils remuent, gesticulent, cherchent à redescendre des genoux, ne fixent pas leur attention sur les jeux proposés par l'adulte. Cette agitation est souvent vécue par l'entourage comme très décourageante. « On a beau proposé des activités à l'enfant, celui-ci se dérobe et semble ne pas y porter le moindre intérêt. Il ne semble prendre du plaisir que dans le mouvement, l'incessant mouvement » : affirme Roskam (2021, p. 23).

La deuxième caractéristique de ce trouble est l'impulsivité, c'est-à-dire l'incapacité de l'enfant à se maîtriser dans ses mouvements. Aussitôt une intention est-elle présente dans sa

tête qu'il l'a déjà réalisée, sans prendre le temps de s'assurer que les conditions sont réunies pour que les choses se passent bien, et que les conséquences de ses actes ne soient pas problématiques. Roskam (2021) prend l'exemple d'un enfant qui veut prendre son verre sur la table ; aussitôt dit aussitôt fait, il a tendu le bras vers le verre alors que deux obstacles étaient en travers de sa route : un autre verre et une bouteille. Obstacles qui sont bousculés, renversés, créant une petite catastrophe domestique dont les enfants impulsifs ont le secret. Ces incidents, heureusement, sont souvent mineurs, mais ils rendent le quotidien stressant et parfois pénible pour qui doit les résoudre.

Cette impulsivité résulte, selon Roskam (2021), d'une difficulté à planifier ses actions. L'enfant TDAH qui veut prendre son verre ne prend pas un temps d'arrêt, une sorte de stop mental pour évaluer la faisabilité de cet objectif et les moyens à mettre en œuvre pour l'atteindre de la manière la plus adéquate possible. Les problèmes d'impulsivité posent des difficultés non seulement dans la vie quotidienne, mais également dans les tâches scolaires. Ils sont typiques des enfants qui ne prennent pas la peine de lire une consigne dans son intégralité avant de foncer sur les exercices à réaliser, qui lèvent le doigt sans attendre la fin de la question adressée à la classe, ou qui se vengent d'un autre enfant sans avoir pris le temps de bien analyser si celui-ci était, d'une quelconque manière, responsable de ses mésaventures.

L'impulsivité est également problématique dans la mesure où elle conduit à des mises en danger. Elle amène par exemple l'enfant TDAH à traverser la route pour poursuivre un ballon qui s'envole sans avoir pris le temps de vérifier que la voie était libre ; ou à se mettre debout sur un bord de fenêtre pour faire coucou à son papy qu'il aperçoit depuis sa chambre dans le jardin familial. Légitiment, les parents d'enfants TDAH sont sur leur garde. Ils disent ne jamais pouvoir présager de ce qui pourrait « passer par la tête de l'enfant » (Roskam, 2021, p. 28). Avec eux, les mises en garde habituelles ne suffisent pas. Selon elle, les enfants difficiles en général et les enfants TDAH en particulier, exigent des parents des pratiques et des compétences dont ces derniers ne disposent pas naturellement.

Pour Chassé (2005), l'impulsivité de l'enfant TDAH est en soi une difficulté à retenir ou à contrôler certains gestes ou paroles. Cette capacité d'autocontrôle, qui semble déficiente dans le TDAH, se retrouve dans un ensemble d'habiletés que l'on regroupe sous le nom de fonctions exécutives. Barkley (1997) a élaboré une théorie sur le TDAH qui met ce trouble en relation avec une difficulté principale: un déficit de la capacité à inhiber une réponse. Cette réponse apparaît immédiatement sans que le jeune ait pu se donner un temps pour réfléchir à sa

réaction. Être incapable de poser un geste dans une situation qui se déroule influence l'utilisation de différentes fonctions exécutives. Selon lui, le langage intériorisé, cette capacité qui permet de réfléchir sur des actions, de s'autoévaluer dans une situation, de trouver de nouvelles solutions à un problème et de préparer son futur en dirigeant nos actions vers un but, et défaillant chez l'enfant TDAH.

La troisième caractéristique des enfants TDAH est l'opposition. Selon Roskam (2021), les parents décrivent de multiples scènes dans lesquelles les enfants prennent le contrepied systématique de ce qu'on leur demande. Peu importe la manière, le ton employé, la nature de la consigne, la force de persuasion que le parent y met, ou les répétitions que l'on consent à faire, il semble impossible que l'enfant réponde positivement à la demande qui lui est adressée. Les enfants TDAH sont les champions de l'opposition active. Ils maîtrisent parfaitement l'usage du « non » qu'ils usent et abusent. Il arrive même qu'ils répondent « non » alors qu'on ne leur adresse aucune demande. Pour Roskam (2021), l'entrée en interaction des enfants difficiles commence de manière systématique par un « non » de principe. Ce mode relationnel est éprouvant pour l'entourage. Alors que l'agitation épuise physiquement, l'opposition épuise moralement. Les parents s'efforcent d'être en phase avec l'enfant TDAH sans y parvenir la plupart du temps. Ils s'ingénient à trouver comment contourner cette tendance et malgré une imagination parfois débordante et une patience à toute épreuve, ils sont souvent en proie à une frustration immense.

À côté de cette opposition active, certains enfants TDAH sont aussi les champions de l'opposition passive. Au lieu de manier le « non », ils manient l'indifférence.

Vous les appelez, vous leur parlez, vous les sollicitez, et ils font mine de ne pas vous entendre. Rien dans leur comportement ne laisse penser qu'ils ne veulent pas exécuter ce que vous leur demandez, et pourtant ! Ils continuent à jouer, à s'adonner à leur activité sans vous prêter la moindre attention. Parfois même, ils vous regardent droit dans les yeux sans que rien n'y transparaisse, ni colère, ni inquiétude. Vous avez beau hausser le ton ou isoler l'enfant de son activité, il reste imperturbable dans une espèce de retrait, d'enfermement (Roskam, 2021, pp. 23-24).

Le constat est là, les enfants "opposants passifs » n'obéissent pas et leur faciès impassible vous renvoie à votre propre impuissance. Ce type d'opposition induit également un grand d'épuisement moral. L'interaction est vide, décevante. L'opposition de l'enfant renvoie l'adulte à sa propre incompétence dans le rôle parental. L'expérience récurrente qu'il fait avec sa progéniture lui apprend qu'il n'est pas capable d'imposer une certaine autorité et de parvenir à ses fins. L'enfant décide, l'enfant impose et le parent subit.

La quatrième caractéristique des enfants TDAH est l'instabilité émotionnelle. Cette instabilité se marque, selon Roskam (2021) de deux façons. Les fluctuations entre les états émotionnels sont rapides et fréquents. L'enfant TDAH passe d'une émotion à une autre sans crier gare : « il est ravi et dans la minute qui suit, il se met en colère » (p. 29). Pour le spécialiste, il est souvent difficile de donner sens à ces changements émotionnels subits car les événements qui les produisent semblent insignifiants. Ces sauts d'humeur, selon cette auteure, rendent la relation avec l'enfant extrêmement sensible. L'adulte reste sur le qui-vive, ne sachant pas quand l'orage risque d'éclater. Il peut en résulter une certaine réticence à entreprendre des activités avec l'enfant TDAH si lesdites activités ont déjà provoqué des mouvements d'humeur par le passé. Roskam (2021, p. 29) parle alors d' « impuissance apprise » dans le chef du parent. Brièvement, celui-ci a appris que certaines activités ou certains types d'échanges avec l'enfant déclenchent des situations ingérables de débordements émotionnels. Le parent est, dès lors, conditionné pour éviter ces activités ou ces échanges ; il évite de « se jeter dans la gueule du loup » et de se confronter à son incapacité à gérer l'enfant.

La cinquième caractéristique des enfants TDAH est la gestion du temps. La gestion du temps est une autre capacité qui est déficiente dans le TDAH. En termes de processus cognitif, l'organisation du temps est importante puisqu'elle permet de pouvoir retarder une gratification, la planification des actions à faire. Gauthier (2003) considère la gestion du temps comme une des données essentielles du développement de la pensée. Selon lui, l'enfant TDAH semble vivre dans un temps où l'histoire ne parvient pas à se construire ; il semble être soumis à une exploration sans but, sans organisation et surtout sans projet, c'est-à-dire, sans organisation temporelle à l'intérieur de lui. Son hyperactivité se déploie sur une temporalité qu'il considère comme immédiate en permanence.

Selon Chassé (2005), il est très difficile pour un enfant TDAH de gérer son temps. Ces enfants ont tendance à oublier ce qu'ils doivent faire. Ils vivent au moment présent avec une sorte de myopie de l'avenir (Barkley & Wilem, 2005). Après avoir fait une action, ils sont déjà

passés à autre chose, recherchant sans cesse un autre petit plaisir, une autre stimulation, ici et maintenant, tout de suite. Les enfants TDAH posent également le problème de l'espace. Chassé (2005) estime que ces enfants ne développent pas de territorialisation propre. L'univers et l'espace semblent indifférents, désorganisés sans point de référence.

Une autre caractéristique des enfants TDAH est le déficit de la théorie de l'esprit (ToM). Papadopoulos et al. (2005) mettent en évidence un déficit en théorie de l'esprit dans le TDAH, lequel pourrait être associé à ce dysfonctionnement social. Pour Nijmeijer et al. (2007), de nombreux enfants TDAH présentent des difficultés dans leurs comportements sociaux et dans leurs interactions avec les autres. Selon eux, ils éprouvent souvent des difficultés avec leurs pairs, ainsi que des difficultés sociales et émotionnelles diverses. Mary et al. (2009) vont dans le même sens lorsqu'ils affirment que 85% des enfants TDAH présentent un « manque de conscience des sentiments d'autrui » qui relève de la ToM (p. 174). Pour eux, le TDAH est un trouble neurodéveloppemental très fréquent qui est associé à des troubles exécutifs et à un dysfonctionnement du comportement social.

Ces différentes caractéristiques fréquemment associées au TDAH ont des répercussions dans le quotidien des enfants qui en souffrent, ainsi que sur leur entourage. Ce trouble affecte le lien social. C'est la relation à l'autre et au-delà, à la société avec son fonctionnement et ses règles, qui sont mises à mal. Ces enfants semblent incapables de se « caser » au sein de l'ordre social, incapables d'en intégrer les contraintes ni de répondre à ses attentes (Condat, 2011, p. 38). Cette incapacité à se caser et à intégrer les contraintes, a un impact considérable sur la famille, la fratrie, les pairs et leur entourage.

Pour Harvey et al. (2011), le TDAH a un impact considérable sur la famille et son fonctionnement. Selon eux, lorsqu'un enfant présente ce trouble, tout le système familial va changer pour s'adapter en fonction du trouble. Lemelin et al (2006) recensent les caractéristiques familiales mais aussi les influences que peut avoir un TDAH au sein d'une famille. Selon eux, plus d'un tiers du stress parental semble s'expliquer par l'hyperactivité de l'enfant. En effet, les difficultés qu'éprouvent leurs enfants représentent pour eux une difficulté en tant que parents et remettent en question leur rôle, leurs pratiques éducatives avec la peur stressante de basculer dans un fonctionnement éducatif inadéquat. De plus, la vie sociale de la famille peut aussi être modifiée, voire largement diminuée du fait de l'incompréhension des autres personnes face aux comportements de l'enfant. Gnagy et al. (2008) ont montré que les parents d'enfants TDAH se disputent plus souvent voire divorcent plus fréquemment que des

parents d'enfants tout-venant. Selon Kendall et Shelto (2003), la famille, tentant d'éviter les conflits et les jugements venant d'autrui, s'isole socialement, parfois même de sa propre famille. Gordon (2011) reconnaît l'influence réciproque entre le TDAH et le fonctionnement familial. Selon lui, le TDAH est un trouble familial. Lorsqu'un individu en est atteint, la famille dans tout son système est impactée.

Le TDAH est également associé à l'épuisement parental. Pour Girard et al. (2014), avoir un enfant qui présente un trouble du comportement pourrait aussi constituer un facteur de risque vis-à-vis du burnout parental. Selon eux, les troubles du comportement chez l'enfant sont des comportements inadaptés qui se manifestent sous forme d'opposition, d'impulsivité ou d'agressivité mais aussi de décrochage scolaire. Si certains symptômes paraissent correspondre au développement normal de l'enfant, c'est bien l'intensité et la fréquence de ces comportements qui permettent de conclure à un trouble. Roskam et al. (2007) montrent que le stress parental est plus élevé chez les parents d'enfants ayant un trouble du comportement.

Le stress que présente le parent d'enfant TDAH induit souvent une surestimation du trouble de l'enfant (le parent ne voit plus que ça), ce qui l'amène à être davantage stressé et à ressentir plus de sentiments négatifs dans sa parentalité. Selon Roskam et al. (2007), les comportements d'opposition et de refus de l'enfant peuvent s'accompagner d'une colère telle qu'elle contraint le parent à abandonner sa demande, à démissionner, ce qui vient alors renforcer les comportements d'opposition et de désobéissance ultérieurs. Selon Girard et al. (2014), les troubles du comportement rejaillissent aussi sur la vie sociale car ces parents sont souvent confrontés au rejet de leurs enfants par les pairs. Le risque d'isolement social de l'enfant TDAH et de ses parents est bien réel. Les symptômes associés au trouble, la parentalité négative et l'isolement social de l'enfant (et donc du parent) représentent des risques non négligeables face au burnout parental.

Abou-Abdallah et al. (2010) et Roskam (2011) ont montré que les enfants ayant un TDAH ont souvent des difficultés relationnelles avec leurs pairs et leur entourage. Selon eux, il ne serait pas aberrant que cette difficulté soit transposée dans l'environnement familial proche, et plus particulièrement dans la fratrie. C'est également le cas chez Coghill et al. (2008) qui parlent d'une augmentation claire des conflits et des disputes au sein de la fratrie lorsqu'un des enfants a un TDAH. Pour Smith et al. (2002), le TDAH a un impact significatif et direct sur la qualité de la relation fraternelle puisque le degré de sévérité des symptômes est corrélé positivement avec le nombre de conflits fraternels et plus le taux de conflits est élevé, plus la

distance fraternelle est grande (Mikami & Pfiffner, 2008). Jones et al. (2006) montrent dans leurs travaux que les frères et les sœurs ressentent de la colère vis-à-vis de l'attention plus importante accordée à l'enfant TDAH de la part des parents et de la frustration envers leur frère atteint de TDAH.

Selon Abou-Abdallah et al. (2010), les enfants de la fratrie se voient souvent comme victimes du trouble de leur frère, d'autant plus lorsque l'hyperactivité-impulsivité est présente. La fratrie se sent manipulée, contrôlée, victime d'agressivité verbale et/ou physique mais aussi victime des conséquences du trouble. Elle subit des conséquences symptomatiques comme la perte d'intimité et de vie privée par le manque de discrétion et d'inhibition, mais aussi le manque de relation sociale comme le fait que leurs amis évitent de venir chez eux (Kendall & Shelton, 2003). Coghill et al. (2008) mettent aussi en avant les plaintes de la fratrie du fait que les relations sont trop centrées sur le comportement symptomatique de l'enfant ayant un TDAH. Ils décrivent leurs relations fraternelles comme épuisantes, conflictuelles et imprévisibles ; perpétuellement en tension. Le TDAH a un impact considérable sur la fratrie. Sont-ce les seuls domaines impactés par ce trouble ? Qu'en est-il sur le plan personnel de l'enfant ?

Une enquête menée par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2015) française montre que l'enfant TDAH est souvent confronté à une image négative renvoyée par son entourage. Cet état est d'autant plus culpabilisant lorsque le diagnostic n'est pas posé, rendant l'enfant entièrement responsable de ses difficultés. Ce qui le conduit souvent à une dégradation progressive de l'estime de soi et à une aggravation des maladresses dans les interactions humaines. Ainsi confrontés à ces difficultés, la plupart des enfants connaissent des situations de stress chronique dans leur vie quotidienne. D'autre part, on apprend avec Bayroux Lefevre (2011) que l'enfant TDAH souffre d'une incapacité à réfréner ses réactions (verbales ou motrices), associée à une difficulté d'anticipation, ce qui restreint ses capacités à repérer les situations dangereuses et à en anticiper les conséquences néfastes. Selon lui, une telle hypothèse s'appuie sur les conséquences de la faible estime de soi que ressent l'enfant TDAH, entraînant une prise de risque par besoin de reconnaissance d'autrui, voire l'idée que l'on ne mérite pas de vivre à l'origine de conduites autodestructives.

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental qui a des répercussions sur le plan cognitif avec pour conséquences les difficultés de scolarisation (Savalle & al, 2022). Frazier et Learn Disabiln (2007) ont montré que le TDAH est associé à une réduction des performances scolaires et du niveau d'étude, un rejet social. Une enquête de la Haute Autorité de la santé

(HAS, 2014) montre que les enfants TDAH ont souvent des difficultés sur le plan scolaire : 30% à 50% d'entre eux présentent des troubles d'apprentissage associés. Selon cette enquête, même ceux qui n'ont pas de troubles spécifiques d'apprentissage ont souvent des problèmes liés à la lecture, à l'écriture et aux mathématiques en raison des difficultés secondaires à un déficit de l'attention et de la mémoire à court terme. D'autre part, une enquête française de l'association Hyper Super France (Moore, 2013) montre un taux de redoublement des enfants TDAH à 31%. Le nombre de changements d'établissements scolaires est de 10% en maternelle, 22% en primaire et de 16% au collège.

Marzocchi et al. (2008) montrent que les enfants qui ont des troubles déficitaires de l'attention ont une flexibilité cognitive inférieure à celle de leurs pairs. Moore (2013) a constaté qu'une flexibilité cognitive accrue est associée à l'autorégulation de l'attention et de la conscience. Ce qui suggère, selon lui, que les enfants ayant des difficultés de régulation de l'attention peuvent également être moins flexibles sur le plan cognitif. Pour Kercood et al. (2017), les enfants TDAH seraient moins flexibles sur le plan cognitif que ceux qui ne souffrent pas de ce trouble. Cette étude a permis de constater que les enfants présentant des déficits d'attention ont tendance à se décrire comme moins flexibles sur le plan cognitif que les élèves sans déficit d'attention et que la flexibilité cognitive est liée de manière significative aux résultats scolaires.

Si au plan international la prévalence est évidente, dans le contexte camerounais, les connaissances et les statistiques ne permettent pas de statuer scientifiquement et cliniquement sur ce trouble. Le TDAH reste une réalité confuse ; à cela s'ajoutent les représentations sociales qui font bénéficier au trouble un diagnostic social. Selon Scahill et Schwab-Stone (2000), le TDAH est particulièrement fréquent chez les enfants d'âge scolaire, avec une prévalence mondiale estimée à 3-7%. Toutefois, précisent-ils, cette prévalence varie selon le type de l'échantillon, les caractéristiques de la population étudiée, les différences ethniques et culturelles et la méthodologie employée : les instruments et les critères de diagnostic adoptés et, en particulier, la source de renseignements obtenus dans l'évaluation diagnostique (parents, enfants, enseignants). Lazaratou et Golse (2018) pensent que le diagnostic du TDAH est culture-dépendant. Le milieu culturel pouvant influencer de manière considérable l'interprétation du comportement. Selon Fombonne (2005), diverses études portant sur l'estimation de la prévalence du TDAH, réalisés dans différents continents du monde : Amérique, Europe, Asie, Moyen-Orient et Afrique.

Tableau 1 : Prévalences du Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité

Continents	Pays	Auteurs & Années	Prévalence
Amérique	Etats-Unis	Pliszka (2007)	7 - 10 %
	Venezuela	Montiel et al. (2007)	13%
	Brésil	Montiel et al. (2007)	13%
	Chili	De la Barça et al. (2013)	10%
	Colombie	Pineda et al. (2001)	17,1%
Europe	Grèce	Pali et al. (2010)	7%
	Allemagne	Baumgactel et al. (2000)	17,8%
	France	Lecendreux et al. (2011)	3,5 - 5,6%
	Espagne	Catala-Lopez et al. (2013)	6,8%
	Italie	Pali et al. (2010)	9,5%
	Danemark	Madsen et al. (2015)	2,87%
	Royaume-Uni	Prasad et Steer (2008)	3 - 9%
	Norvège	Suren et al. (2013).	1,1 - 3,4%
Asie	Pays arabes	Alhraiwil et al. (2015)	2,18 - 12,7%
	Vietnam	Pham et al. (2015)	7,7%
	Turquie	Ercan et al. (2015)	2,18 – 12,7%
	Oman	Suren et al. (2013).	9,4%
Afrique	R.D.C	Kashala et al. (2005)	6%
	Nigéria	Ofovwe et al. (2006)	8%
	Kenya	Atwoli et al. (2011)	9,2%
	Algérie	Khemakhem et al. (2012).	9,94%

Source : Khemakhem et al. (2012), complété par Ngnombouowo Tenkué et al. (2022) – liste exhaustive des prévalences de trouble déficit de l'attention/hyperactivité en population scolaire dans différents pays du monde. Pp. 163-164.

L'examen des données du tableau 1 permet de s'apercevoir que la prévalence du TDAH varie très fortement d'un pays à l'autre. Yzerbyt et al. (2021) estiment qu'en fonction des personnes avec qui l'enfant interagit, un même comportement peut être considéré comme problématique ou étrange. Il pourrait même être considéré comme normal en raison du filtre culturel. Ce filtre culturel sert à l'interprétation du comportement : un comportement sera interprété comme étrange dans un groupe social ou culturel, mais pas forcément dans un autre. Pour Roskam (2021), le filtre culturel permet de comprendre les variations observées dans la prévalence des troubles externalisés tels le TDAH. Ainsi, le prototype de l'enfant idéal est fortement influencé par la culture. Ce qui aura comme implications le fait que certains parents consultent pour l'agitation, l'hyperactivité et d'autres pas.

L'absence de la prévalence du TDAH au Cameroun ne traduit pas l'absence du trouble, mais s'explique par plusieurs raisons. Le TDAH reste une problématique peu ou mal connue dans le contexte africain en général et camerounais en particulier. Les premières études sur ce trouble sont récentes (Ngnombouowo Tenkué, 2019 ; Fomo Noukatchiessi, 2020). Cette absence de connaissances sur le TDAH est également motivée par les préjugés liés à ce trouble. Le TDAH, trouble neurodéveloppemental qui affecte l'inhibition des pulsions, les fonctions exécutives et le contrôle de la motricité, est classé dans la catégorie des troubles psychiatriques (OMS, 1979), et d'autre part, du fait que dans la majorité des cultures africaines en générale et au Cameroun en particulier, ses manifestations font l'objet d'interprétation évoquant la malédiction et/ou la présence des esprits impurs. Les enfants TDAH sont alors considérés comme des « enfants sorciers », des « enfants gâtés ». Autant cet enfant est rejeté et exclu, autant sa famille est indexée et marginalisée. Ainsi, le TDAH n'est plus seulement un trouble, c'est aussi une condamnation sociale. Tout comme le Trouble du Spectre Autistique (autisme), le TDAH est considéré en Afrique comme une malédiction, un mauvais sort (Mukau Ebwel & al., 2010).

Au sein des communautés africaines et camerounaises, les enfants souffrant de troubles neurodéveloppementaux (autisme, TDAH, etc) bénéficient d'un diagnostic social de la sorcellerie du fait de l'externalisation leurs comportements. Ils ne reçoivent pas ce diagnostic spécifique, mais plutôt, celui lié à l'interprétation qu'on fait des troubles qui les caractérisent. Pour Mukau Ebwel et al. (2010), l'explication qu'on donne à l'étiologie des troubles neurodéveloppementaux fait généralement allusion au générationnel, à l'inceste, aux biens matrimoniaux, aux tabous alimentaires, à la mésentente entre les membres d'une même famille ou encore à la jalousie (dans une même lignée... de la part de ceux qui sont défavorisés).

Malgré ce diagnostic social de la sorcellerie que bénéficient les enfants TDAH, le TDAH est bel et bien présent au Cameroun. En mars 2024, une pré-enquête avait été réalisée dans le cadre d'une étude transversale et descriptive en vue de déterminer la prévalence du TDAH au Cameroun. Les résultats obtenus sur 624 élèves (âgés de 7 à 12 ans) de trois (03) écoles primaires publiques de l'Arrondissement de Yaoundé V (EP Nfandena 2A1, EP Nfandena 2B2 et EP Nfandena 2B1) montrent une prévalence de 4,8% chez les enfants d'âge scolaire (Ngnombouowo Tenkué & al., sous-presse).

La Fondation Médical Index Telema, une institution spécialisée dans le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement des enfants TDAH et leurs familles, a diagnostiqué et pris

en charge de 2015 à 2018, 35 cas, tous des garçons. Cette même fondation a reçu 16 nouveaux cas au cours de l'année académique 2018-2019 (Ngnombouowo Tenkué, 2019). De 2019 à 2020, 11 autres cas y avaient été reçus (Registre de consultation, 2020). Depuis 2021, la plupart des établissements scolaires de la ville de Yaoundé y réfèrent des enfants difficiles pour diagnostic et ce Centre a vu le nombre d'enfants TDAH reçus en très haute augmentation. Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebe, Yaoundé quant à lui dénombre au cours de l'année académique 2020/2021 un total de 23 cas répartis dans ses deux grandes écoles : l'école spécialisée avec ses trois niveaux (Initiation, l'alphabétisation et l'école spécialisée) et l'école inclusive. Cette prévalence est passée à 45 cas au cours de l'année 2023-2024. Le Centre Hospitalier Dominicain Saint Martin de Porres, Mvog-Bétsi a déjà diagnostiqué 03 cas depuis janvier 2024 (Registre de consultation). Mais jusqu'ici, les données sur la prévalence du TDAH au Cameroun sont encore rares.

Cette rareté de données relatives au TDAH traduit la complexité de ce trouble. Plusieurs facteurs expliquent ces variations. Après avoir évoqué les limites de la nosographie dans le champ de la pathologie mentale et les fondements épistémologiques des différents modèles étiologiques de l'hyperactivité, Lazaratou et Golse (2018) abordent brièvement l'histoire du concept même d'hyperactivité au regard des dernières éditions du DSM (DSM-III, DSM-IV et DSM5) en soulignant l'ambiguïté des critères diagnostiques. Après quoi, ils effectuent une revue de la littérature en montrant les différences qui existent selon les lieux et les époques quant à la prévalence de cette pathologie particulière, avant de recenser un certain nombre de travaux centrés soit sur le diagnostic, soit sur le traitement, et qui montrent de grandes divergences en fonction du contexte culturel. Ce qui les amena à demander si le concept d'hyperactivité n'est pas alors un choix de société.

Au-delà des limites de la nosographie dans le champ de la pathologie mentale et l'ambiguïté des critères diagnostiques, le TDAH mérite tout de même qu'une attention particulière lui soit accordée, les conséquences tant sur le plan social, familial, relationnel, personnel que scolaire étant lourdes. Pour Shaffer et al. (2000), les enfants TDAH semblent « incassables » au sein de l'ordre social, incapables d'en intégrer les contraintes ni de répondre à ses attentes... des enfants donc à la demande évanescence, en souffrance du fait de l'échec et de l'exclusion sociale. Quartier (2003) affirme que cet échec et ce rejet sont vécus d'autant plus violemment que l'enfant ne paraît avoir qu'une conscience très partielle de son hyperactivité ou de son inattention. Cette conscience se réduit pour lui à ce que les autres en disent, à leurs réactions. Selon lui, si l'enfant TDAH souffre le plus souvent de ces réactions, parfois jusqu'à

la dépression, s'il peut admettre une responsabilité puisqu'on le lui dit, il ne se sent pas coupable.

0. 2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME

Au cours des différents stages réalisés au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées (CNRPH) d'Etoug-Ebé, il nous a été donné de constater que l'enfant TDAH part de sa place pour s'asseoir à la place de ses camarades ; il grimpe sur les tables-bancs ; il fait trop de bruits ; il répond à la question avant qu'elle ne soit entièrement posée ; il n'attend pas son tour lors d'un jeu et a de la peine à finir ce qu'il a commencé et ses performances scolaires sont faibles. Bref, l'enfant TDAH est présent où il n'est pas attendu et absent où il est attendu. D'un point de vue psychopathologique, ce constat s'apparente à la désymbolisation (Bergeret, 2014). Deux approches se discutent l'émergence des capacités de symbolisation chez l'enfant : l'approche de Golse (1999) et celle de Roussillon (1999).

Golse (1999) estime que l'état de manque, l'absence de l'objet constitue la motivation fondamentale de la symbolisation. Selon lui, le recours à la représentation interne permet à l'enfant de compenser les ruptures d'avec l'objet externe ; le fait de pouvoir se représenter l'objet atténue la détresse. Pour lui, la capacité de tolérer la frustration permet ainsi à la psyché de l'enfant de développer une pensée comme moyen de rendre encore plus tolérable la frustration tolérée. Cette thèse n'est pas partagée par Roussillon (1999) pour qui ce sont certaines fonctions dévolues de l'objet « présent » qui permettent le développement de la capacité de symbolisation. Selon lui, l'absence ne provoque pas la symbolisation mais plutôt, la symbolisation permet de supporter l'absence de l'objet, le manque de satisfaction immédiate. La présence de l'objet est de ce fait indispensable, il doit pouvoir proposer au sujet d'autres objets symbolisants, (notamment le père) qui vont lui permettre de supporter son absence. Cette capacité de l'enfant à utiliser des objets «pour symboliser» va dépendre des particularités de l'environnement premier, c'est à dire des qualités de la mère qui peuvent soutenir sa symbolisation. C'est ainsi que la mère est à la fois un objet à symboliser et un objet pour symboliser.

S'inspirant de Golse (1999) et de Roussillon (1999) et s'intéressant particulièrement aux enfants TDAH, Claudon (2002) découvre que ces enfants souffrent de déficits de leurs capacités de symbolisation. Roman (2003), dans la même logique, s'est focalisé sur le comportement spécifique le plus visible qu'est l'agitation, pour tenter de mieux saisir le sens de ce comportement, celui-ci pouvant s'inscrire dans une compréhension globale du psychisme de

l'enfant. Plus particulièrement, il a étudié les liens existant entre la dimension de l'agir et celle de la symbolisation, avec l'hypothèse que l'agir instable pourrait être considéré comme une faille du processus de symbolisation et ainsi du traitement des excitations internes par la pensée. Établissant les liens entre agir et processus de symbolisation, Claudon (2006) affirme que les enfants agités semblent souffrir de carences importantes dans le processus de symbolisation. Selon lui, ils ne parviennent que difficilement à élaborer les excitations psychiquement et doivent ainsi avoir recours à d'autres stratégies, à l'agir en particulier.

À la suite de ces auteurs, l'on peut remarquer que les recherches psychanalytiques sur le TDAH font état d'un déficit, d'une faille ou d'une carence dans le processus de symbolisation (Claudon, 2002, 2006; Roman, 2003). La désymbolisation chez les enfants TDAH serait alors consécutive à ce déficit, cette faille ou à cette carence dans leur processus de symbolisation ; et donc linéaire à la présence du TDAH chez l'enfant. Ce faisant, ils réduisent la désymbolisation des enfants TDAH à une causalité linéaire : la seule présence de ce trouble. Or, non seulement le TDAH est multifactoriel (Roskam, 2021), mais aussi toute institution thérapeutique pose le problème de l'altérité, c'est-à-dire de l'acceptation d'autrui en tant que sujet pensant et autonome par chacun des acteurs sociaux qui entretient avec lui des relations affectives et des liens intellectuels (Enriquez, 2019). D'où le problème de recherche suivant : « Alors que les travaux actuels sur les institutions thérapeutiques (Enriquez, 2019 ; Kaës, 2014, Bleger, 1979) montrent leur effet sur les processus psychiques individuels, très peu d'études ont pris cela en compte, notamment avec le processus de symbolisation chez les enfants TDAH ». En effet, la prise en charge non médicamenteuse du TDAH doit « être la plus précoce possible, et être adaptée aux symptômes de l'enfant, à leur sévérité et au contexte socio familial et culturel » (HAS, 2021, p. 3).

D'autre part, face aux origines multifactorielles du TDAH, Lazaratou et Golse (2018) pensent qu'il est indispensable de tenir compte de la diversité des organisations qui se cachent derrière un aspect manifeste identique. Roskam (2021) propose trois principes de prise en charge devant aider à diminuer la fréquence et l'intensité des comportements externalisés à savoir traiter les facteurs de risque identifiés, prendre soins de l'enfant et du parent, et enfin former une équipe autour de l'enfant. Malgré ces recommandations, les principes généraux et le caractère multifactoriel du TDAH, le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées continue d'orienter la prise en charge des enfants TDAH vers leurs centres d'intérêts. Très peu de considérations sont faites tant sur l'origine multifactorielle (les facteurs

de risque) du trouble, sur l'implication des parents que la formation de l'équipe que doit intégrer leur prise en charge. D'où la question de recherche suivante.

0. 3. QUESTIONS DE RECHERCHE

Pour Ébalé Moneze (2019), une étude scientifique a en principe pour objectif de résoudre un problème qui suscite nécessairement une question de recherche. D'après Fortin et Gagnon (2016), la question de recherche constitue l'étape cruciale où se précisent les décisions relatives à l'orientation et aux méthodes de recherche. Dans ce sens, la problématique développée plus haut permet de formuler une question de recherche principale et des questions spécifiques de recherche.

0.3.1. Question principale de recherche

La question principale que cette recherche pose est la suivante : « Comment l'institution thérapeutique, en tant que garant métapsychique, participe-t-elle à la désymbolisation chez les enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? » En d'autres termes, « Quels sont les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? » Cette question correspond bien à un questionnement de type « Comment ? », lequel est cohérent avec les finalités descriptives et explicatives de l'étude de cas (Yin, 2009, cité par Dahl & al, 2014, p. 86).

0.3.2. Questions spécifiques de recherche

De la question principale de recherche découlent trois questions spécifiques de recherche suivantes :

- « Quels sont les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la pauvreté des processus de pensée et au désinvestissement de l'intelligence des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? ».
- « Quels sont les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la faiblesse de la dynamique affective des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? »

- « Quels sont les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la baisse des facteurs de socialisation et du rapport au réel des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? ».

0. 4. OBJECTIFS DE RECHERCHE

De la question de recherche précédente découle l'objectif de cette étude qui se décompose en un objectif principal et trois objectifs spécifiques majeurs.

0.4.1. Objectif principal de recherche

L'objectif principal de cette étude de cas est « d'explorer les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé».

0.4.2. Les objectifs spécifiques de recherche

De manière plus spécifique, il s'agit de :

- « explorer les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la pauvreté des processus de pensée et au désinvestissement de l'intelligence des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé».
- « explorer les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la faiblesse de la dynamique affective des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé »
- « explorer les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la baisse des facteurs de socialisation et du rapport au réel des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».

0. 5. PERTINENCE DE L'ETUDE

Une recherche en sciences humaines peut être pertinente à deux niveaux: pratique ou clinique et scientifique (Van Campenhoudt & Quivy, 2011).

0.5.1. Pertinence pratique ou clinique de l'étude

La pertinence pratique ou clinique de cette étude repose sur le fait qu'elle répond aux préoccupations des acteurs concernés par la problématique de l'hyperactivité infantile (Psychologue, psychiatre, éducateur spécialisé, neurologue, neuropédiatre, pédopsychiatre, psychomotricien, enseignant, éducateur, parent, etc.). Cette thèse questionne l'efficacité des stratégies de prise en charge telle qu'elles se déroulent dans les institutions qui accueillent les enfants TDAH. Cette prise en charge pose d'énormes problèmes aujourd'hui quant à sa capacité à atteindre les objectifs poursuivis. Le TDAH est un problème de santé publique de par sa fréquence et son impact social, ainsi que ses conséquences négatives tant au niveau de l'enfant, de sa famille que sur le plan scolaire (Roskam, 2011). L'on ne peut compter à nos jours le nombre d'associations (Tdah.belgique, Fondation Médicale Index Telema, H2M, etc.), d'organisations non gouvernementales qui œuvrent pour la sensibilisation de la population sur l'existence d'un tel trouble.

L'étude apporte de nouvelles stratégies de prise en charge de ce trouble. Si l'enfant n'est pas où il est attendu, ni dans l'espace, ni dans le temps, ni dans la relation ; s'il est présent là où il ne devrait pas être, sa prise en charge doit intégrer toutes ces particularités. Elle doit « être la plus précoce possible, et être adaptée aux symptômes de l'enfant, à leur sévérité et au contexte socio familial et culturel » (HAS, 2021, p. 3). Le parcours des soins doit également être linéaire, afin de d'instaurer une certaine coordination multidisciplinaire avec les autres professionnels prenant en charge les comorbidités (psychologue, orthophoniste, psychomotricien, éducateurs spécialisés...). Face aux origines multifactorielles du TDAH, il est naturel que les stratégies de prise en charge prennent respectent les trois principes de prise en charge des Troubles du Comportement Externalisé devant aider à diminuer la fréquence et l'intensité des comportements externalisés à savoir traiter les facteurs de risque identifiés, prendre soins de l'enfant et du parent, et enfin former une équipe autour de l'enfant. Dans un contexte africain où l'enfant TDAH est traité d'incassable, d'enfant possédé par un esprit impur, de sorcier, cette étude permet de déconstruire ces schémas cognitifs vis-à-vis de cet enfant en lui donnant les mêmes chances que les enfants dits normaux.

Dans un pays où le TDAH est encore mal connu, les violences institutionnelles faites aux enfants hyperactifs sont nombreuses, car très souvent on attribue lesdits comportements à de la mauvaise foi. Ces violences peuvent se lire tant dans le fonctionnement même desdites institutions (Présence de normes, valeurs, règles ; Excès d'interdis ; les fantasmes et les projets

des thérapeutes ; l'autonomisation de la vie fantasmatique des thérapeutes ; liberté de faire des choix), dans les insuffisances du cadre thérapeutique (Rigidité du cadre thérapeutique, manquements du cadre) que dans les achoppements du contrat entre les enfants TDAH et lesdites institutions (conflits intrapsychiques et conflits intersubjectifs). Ces insuffisances ont comme conséquence de faire des institutions thérapeutiques des aires scopiques, topiques, qui ne permettent pas l'épanouissement des enfants TDAH, et donc ne permet pas l'émergence des capacités de symbolisation. Cette étude se propose aussi de donner une réponse en agissant sur l'institution en amont. En assurant une meilleure prise en charge des enfants TDAH dans les institutions, on assure par la même occasion une bonne conduite de ces derniers.

0.5.2. Pertinence scientifique de l'étude

La pertinence scientifique de cette étude réside dans le fait qu'elle s'inscrit dans les préoccupations des chercheurs. Elle se décline en deux modalités : la pertinence empirique et la pertinence théorique.

0.5.2.1 La pertinence empirique de l'étude

Le TDAH est un sujet qui suscite de plus en plus de recherches dans le monde, avec de 2000 à 2024, plus de 20401 publications revues par les pairs et 23671 (si on inclut les publications non évalués par les pairs) (Psycinfo, 2024). Parmi celles-ci, très peu ont étudié de manière spécifique le processus de symbolisation chez l'enfant TDAH, ce qui n'est pas surprenant, puisque ce concept est issu de la psychanalyse et que peu de recherches psychanalytiques ont été faites sur le TDAH. Le trouble du déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH) est un motif de consultation important chez les enfants et fait l'objet de débats quant à sa compréhension et son traitement. Claudon (2002) révèle que les enfants dits hyperactifs souffriraient de déficits de leurs capacités de symbolisation. Roman (2003) s'est focalisé sur le comportement spécifique le plus visible qu'est l'agitation, pour tenter de mieux saisir le sens de ce comportement, celui-ci pouvant s'inscrire dans une compréhension globale du psychisme de l'enfant. Plus particulièrement, il a étudié les liens existant entre la dimension de l'agir et celle de la symbolisation ont été étudiés par plusieurs auteurs, avec l'hypothèse selon laquelle l'agir instable pourrait être considéré comme une faille du processus de symbolisation et ainsi du traitement des excitations internes par la pensée. La relation entre l'agir et la représentation de soi est également souvent mise en avant et les recherches semblent montrer que les enfants que l'on nomme « hyperactifs » vivraient une représentation de soi altérée et peu sécurisante (Claudon, 2006).

Afin d'étudier les liens entre agir, processus de symbolisation et représentation de soi, Claudon (2006) a analysé de manière quantitative et qualitative les protocoles de l'épreuve projective du Rorschach de dix enfants, répartis en un groupe clinique constitué d'enfants décrits comme agités et un groupe contrôle. Ses résultats indiquent que les enfants agités semblent souffrir de carences importantes dans le processus de symbolisation : ils ne parviennent que difficilement à élaborer les excitations psychiquement et doivent ainsi avoir recours à d'autres stratégies, à l'agir en particulier. Les liens entre agir et représentation de soi ont également été confirmés dans cette étude. Dans ce contexte, l'enfant agité a souvent recours au psychologue : l'autre est ainsi utilisé dans ses capacités de pare-excitation et de contenance. Sa représentation de soi est de mauvaise qualité et l'excite énormément et vient le déborder à tel point qu'un recours à l'agir et à l'évitement semble nécessaire.

La relation entre objet et processus de symbolisation est souvent mise en jeu et les recherches semblent montrer que les enfants ne construisent leur capacité de symbolisation qu'en l'absence de l'objet (Golse, 1999b) ou qu'en présence de l'objet (Roussillon, 2010). L'on peut dès lors, remarquer que les recherches psychanalytiques sur le TDAH font état d'un déficit, d'une faille ou d'une carence dans le processus de symbolisation chez ces enfants (Claudon, 2002, 2006; Roman, 2003). Selon ces auteurs, la désymbolisation chez les enfants TDAH est uniquement liée à la présence de ce trouble. Nous ne partageons pas entièrement ce point de vue, mais estimons que l'enfant TDAH n'est qu'un relais amplificateur des facteurs associés à ce trouble, à l'instar des stratégies de prise en charge institutionnelles. Il importe donc de noter qu'à côté du trouble, il y a des aspects aliénants du cadre thérapeutique (Bleger, 1979) qui méritent une attention particulière, pour assurer une meilleure prise en charge des enfants TDAH. Telle est l'originalité de ce travail.

0.5.2.2 La pertinence théorique de l'étude

Un travail de recherche doit permettre d'évaluer la problématique et le cadre de référence mobilisé. Cette évaluation prend en général deux directions complémentaires : la pertinence de la problématique et l'opérationnalisation du cadre théorique mobilisé (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). La présente thèse est théoriquement pertinente en ce sens que nous avons défini une problématique qui a permis de mettre en évidence des facettes peu connues du phénomène étudié qui est la désymbolisation chez l'enfant TDAH. Ce qui a rendu possible l'apport de nouvelles connaissances empiriques d'ordre correctif. Faut-il le rappeler, les recherches psychanalytiques sur le TDAH font état d'un déficit, d'une faille ou d'une

carence dans le processus de symbolisation chez ces enfants (Claudon, 2002, 2006; Roman, 2003). Selon ces auteurs, la désymbolisation chez les enfants TDAH est uniquement liée à la présence de ce trouble. Nous ne partageons pas entièrement ce point de vue, mais estimons que l'enfant TDAH n'est qu'un relais amplificateur des facteurs associés à ce trouble, à l'instar des stratégies de prise en charge institutionnelles.

C'est dans l'optique d'apprécier l'hyperactivité infantile comme un fait institutionnel que nous avons construit un modèle d'analyse autour de la théorie du cadre en mobilisant trois cadres théoriques : la théorie des institutions d'Enriquez (2019), la théorie du cadre de Bleger (1979) et la théorie du contrat narcissique de Kaës (2014). Son opérationnalisation a donné lieu à trois modalités : le mode de fonctionnement institutionnel, le cadre thérapeutique et les achoppements du contrat narcissique. Chacune des modalités a été opérationnalisée en indicateurs, puis en indices. Le modèle a été construit avec suffisamment de cohérence, de sorte que les analyses ont pu être menées de manière claire et ordonnée.

Cette étude apporte une touche particulière dans la compréhension du processus de symbolisation chez les enfants TDAH, notamment en intégrant la dimension institutionnelle, et ce à travers les instruments méthodologiques (Test de Rorschach, entretiens cliniques) qu'elle implique, à une véritable clinique de l'hyperactivité du point de vue pratique. La prise en charge de l'enfant TDAH passe nécessairement par un examen psychologique qui intègre la fois le diagnostic, le fonctionnement, le suivi, et éventuellement les modalités institutionnelles telles que son mode de fonctionnement, le cadre institutionnel et les achoppements qu'elle induire.

0. 6. DÉLIMITATION DE L'ETUDE

La délimitation de cette étude se fait à trois niveaux : géographique, temporelle et conceptuelle.

0.6.1 Délimitation géographique de l'étude

Géographiquement, cette étude s'est déroulée au sein du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées (CNRPH) d'Etoug-Ebe de la capitale politique du Cameroun. Comme le mentionne Tsala-Tsala (2004), le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale d'une superficie d'environ 475 650 km². Il s'étire du Golfe de Guinée au Lac Tchad. Ses principaux voisins sont le Nigeria, le Tchad, la République Centrafricaine, le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale. Le Cameroun compte environ 253 ethnies pour près de 180

langues nationales, dialectes et parlers à côté des deux langues officielles que sont le français et l'anglais. Dong (2016) ajoute que le Cameroun présente une forme triangulaire qui s'étire au Sud jusqu'au lac Tchad sur près de 1 200 km tandis que la base s'étale d'Ouest en Est sur 800 km. Il possède au Sud-ouest une frontière maritime de 420 km le long de l'océan Atlantique.

Sur le plan de son organisation politique, le Cameroun est une république démocratique et laïque. Les religions dominantes sont le Christianisme et l'Islam. L'option républicaine de l'État laïc s'accommode tant bien que mal des institutions traditionnelles que sont les sultanats, les cités -États musulmanes du Nord, les principautés territoriales de culture et de religiosité Bantou, les polyarchies fondées sur l'existence des lignages dans le reste du Cameroun. Ces différentes autorités traditionnelles sont aujourd'hui intégrées à des degrés divers dans le système de l'administration territoriale (Tsala-Tsala, 2004).

Le milieu naturel du Cameroun est diversifié. On dit de lui qu'il est "l'Afrique en miniature". En effet, plusieurs types de régions naturelles contribuent à la diversité géographique du pays. Pour Dong (2016), le sud forestier (provinces du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest) est situé dans les zones maritime et équatoriale. Cette zone se caractérise par une végétation dense, un vaste réseau hydrographique et un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. Cette région est propice à la culture du cacao, du palmier à huile, de la banane, de l'hévéa et du tabac, etc. Elle abrite les deux plus grandes villes du pays : Douala (première ville, principal port et capitale économique avec ses activités commerciales et industrielles), Yaoundé (deuxième ville, capitale politique et lieu géographique de cette étude). Citons aussi d'importants centres urbains comme Edéa caractérisé par son industrie lourde et sa centrale hydro-électrique, Limbe, siège de l'industrie pétrolière et Kribi, terminal du pipeline Tchad- Cameroun.

Les hauts plateaux de l'ouest (provinces de l'Ouest et du Nord-Ouest), dont l'altitude moyenne est supérieure à 1 100 m, forment une région riche en terres volcaniques favorables à l'agriculture (café, maraîchers, etc.). La végétation y est moins dense que dans le Sud forestier et le climat frais qui y règne est favorable à l'éclosion de toutes sortes d'activités. De plus, la forte densité de peuplement par rapport à la moyenne nationale en fait une des premières zones d'émigration. Les principales villes sont Bafoussam, Bamenda et la ville universitaire de Dschang (Dong, 2016). Le Nord soudano-sahélien (provinces de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une région de savanes et de steppes. En dehors du plateau de l'Adamaoua où le climat est plus tempéré, le reste de cette région est caractérisé par un climat tropical chaud

et sec aux précipitations de plus en plus limitées au fur et à mesure que l'on se rapproche du lac Tchad. La région est propice à l'élevage du bovin et à la culture du coton, de l'oignon, du mil, de la pomme de terre, de l'igname blanche et des arachides.

Cette étude s'est réalisée dans la région du Centre, département Mfoundi dont le chef-lieu est Yaoundé. C'est la capitale politique du Cameroun, siège des institutions du pays. Nous avons travaillé avec les enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Émile Leger (CNRPH). C'est un établissement public administratif doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle technique du Ministère chargé des Affaires Sociales et sous la tutelle financière du Ministère chargé des Finances. Créé en 1971 par un prélat canadien, le Cardinal Paul Emile LEGER, le CNRPH a été inauguré le 15 janvier 1972 par le Président de la République Fédérale du Cameroun, son excellence EL HADJ HAMADOU AHIDJO comme œuvre sociale privée dénommée « Centre de Réhabilitation de Yaoundé » (CRY).

0.6.2 Délimitation temporelle

Freud (1920), dans *Au-delà du principe de plaisir*, se rend compte que différentes théories relatives aux jeux des enfants (Pfeifer, 1919) ne prennent pas en compte le point de vue économique, les considérations en rapport avec la recherche du plaisir. Pour lui, le grand effort que l'enfant s'impose à reproduire un jeu malgré son caractère déplaisant, a la signification d'un renoncement à un penchant et lui permet de supporter sans protestation le départ et l'absence de la mère. Selon lui, l'enfant se dédommage de ce départ et de cette absence, en reproduisant, avec les objets qu'il a sous la main, la scène de la disparition et de la réapparition. Avec Freud (1920), on voit déjà apparaître les prémices de ce qui va plus tard être appelé symbolisation qu'il rattache à la compulsion de répétition. Il lui confère la fonction de lier les expériences négatives dotées d'une grande quantité d'excitation.

Golse (1999b) englobe toute une série de processus dans le concept de symbolisation. Selon lui, c'est l'état de manque, l'absence de l'objet qui constitue la motivation fondamentale de la symbolisation. Pour lui, le recours à la représentation interne permet de compenser les ruptures d'avec l'objet externe, le fait de pouvoir se représenter l'objet atténue la détresse. Il établit ainsi un lien important entre la capacité de symbolisation et des enjeux associés à la séparation tel que la différenciation moi/non-moi et l'accession à la position dépressive, puisque cette capacité permettrait à la séparation d'avec l'objet d'être moins angoissante. Selon lui, la capacité de tolérer la frustration permet ainsi à la psyché de développer une pensée comme

moyen de rendre encore plus tolérable la frustration tolérée. Avec Golse (1999b), l'apparition de la fonction symbolique repose sur la participation du sujet, en tant qu'acteur des processus qui lui incombent, réduisant ainsi l'objet à un rôle passif.

Cette thèse n'est pas partagée par Roussillon (2008) pour qui ce sont certaines fonctions dévolues de l'objet « présent » qui permettent le développement de la capacité de symbolisation. Selon lui, l'absence ne provoque pas la symbolisation mais plutôt, la symbolisation permet de supporter l'absence de l'objet, le manque de satisfaction immédiate. La présence de l'objet est de ce fait indispensable, il doit pouvoir proposer au sujet d'autres objets symbolisants, (notamment le père) qui vont lui permettre de supporter son absence. Cette capacité de l'enfant à utiliser des objets «pour symboliser» va dépendre des particularités de l'environnement premier, c'est à dire des qualités de la mère qui peuvent soutenir sa symbolisation. C'est ainsi que la mère est à la fois un objet à symboliser et un objet pour symboliser.

0.6.3 Délimitation conceptuelle de l'étude

Du point de vue conceptuel, ce travail tourne autour de trois concepts fondamentaux : enfant TDAH, institution thérapeutique et capacité de symbolisation.

0.6.3.1. Enfant TDAH ou enfant avec un TDAH

Du point de vue conceptuel, ce travail a pour population d'étude les enfants avec le Trouble Déficitaire d'Attention avec Hyperactivité. Ce trouble s'inscrit comme un trouble "bipolaire" dont la saisie n'est pas du tout aisée. Il est classé en psychopathologie parmi les troubles généralement diagnostiqués pendant l'enfance et l'adolescence. Le DSM IV (APA, 2005) le classe dans la rubrique des troubles neurodéveloppementaux qui sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Selon cette nomenclature, ces troubles se manifestent typiquement et précocement durant le développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire ; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel.

Le TDAH se manifeste par la triade syndromique : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Cette définition ne sera retenue ici que pour des besoins nosographique. Elle ne sied pas avec la conception de l'hyperactivité qui s'inscrit davantage dans la dynamique de la personnalité que nous voulons comprendre en dehors des approches a-théoriques. Ainsi donc,

cette hyperactivité sera appréhendée ici à travers ses deux polarités : maniaque et dépressive. Dans le cadre de ce travail, l'enfant TDAH désigne cet enfant de 7 à 11 ans qui, sur le plan de l'hyperactivité-impulsivité, présente le tableau clinique suivant concernant l'hyperactivité et l'impulsivité. Enfant « sur le départ », ou n'arrêtant pas de bouger comme s'il était « conduit par un moteur » ; il bouge beaucoup ses mains ou ses pieds, gigote sur sa chaise ; il est souvent parti de sa chaise où de là où il devait s'asseoir quand il n'était pas supposé se déplacer ; il est souvent en train de courir ou grimper sur quelque chose quand il n'était pas supposé le faire ; il a de difficulté à rester en place plus de dix minutes ; plus bavard que les autres. Il fait plus de bruit que les autres quand il s'amuse ou à l'école, coupe la parole ou interrompt les autres dans ce qu'ils sont en train de faire. Il se mêle des affaires des autres ; il donne les réponses avant que quelqu'un ait fini de poser les questions. Il a de difficulté à attendre son tour. Il se met souvent dans une situation dangereuse parce qu'il n'a pas réfléchi à ce qu'il faisait.

Concernant l'inattention, le TDAH se traduira par la difficulté à maintenir son attention ou sa concentration sur ce qu'il fait. Il a souvent essayé de ne pas faire les choses qui nécessitent une attention durable. Il a une aversion pour les choses qui nécessitent une attention durable. Il présente de difficulté à garder son attention sur ce qu'il fait quand quelque chose d'autre se passe en même temps. Il est très mal organisé, ne se rappelle pas où il a mis ses vêtements, ses livres, ses projets ; essaie de faire trop de choses en même temps, est souvent en retard, n'est pas là où il est supposé être, n'a jamais le temps de faire les choses correctement. Il a souvent des problèmes à finir ses devoirs ou d'autres activités qu'il était supposé faire. Il a souvent perdu des choses dont il avait besoin. A souvent oublié ce qu'il était supposé de faire ou ce qu'il avait envisagé de faire. A souvent fait beaucoup d'erreurs parce qu'il lui est difficile de faire les choses attentivement. A souvent l'air de ne pas entendre ce que les autres lui disent.

0.6.3.2. Institution thérapeutique

Le terme institution est utilisé pour désigner un organisme, un établissement, l'ensemble des règles établies dans l'intérêt de la collectivité, l'ensemble des formes et des structures politiques d'un pays. Pour Kaës et al. (2000),

l'institution est d'abord une formation de la société et de la culture, elle en suit la logique propre. Instituée par la divinité ou par les hommes, l'institution s'oppose à ce qui est établi par la nature. L'institution est

l'ensemble des formes et des structures sociales instituées par la loi et par la coutume (Nguimfack, 2008, p. 156).

Enriquez (2019) présente l'institution comme un lieu pacifié, expressif d'un mode fonctionnant sous l'égide de normes intériorisées et où règnent un consensus parfait, un accord suffisant pour entreprendre et mener une œuvre collective. Elle joue un rôle essentiel dans la régulation sociale globale et s'intéresse sur les rapports humains, sur la trame symbolique et imaginaire dans lesquelles ils s'inscrivent. C'est le cas de la famille, l'église, l'état, l'école et les hôpitaux. Selon lui, toute institution pose le problème de l'altérité, c'est-à-dire de l'acceptation d'autrui en tant que sujet pensant et autonome par chacun des acteurs sociaux qui entretient avec lui des relations affectives et des liens intellectuels.

Selon Enriquez (2019), les institutions, élément de la régulation sociale globale et image du divin se présentent comme des ensembles culturels, car elles s'offrent une culture, c'est-à-dire un système de valeurs et de normes, un système de pensée et d'action qui doit modeler la conduite de leurs agents auprès des individus qui leurs sont confiés ou qui ont exprimé une demande à leur égard. Pour lui, les institutions développent un processus de formation et de socialisation des différents acteurs, afin que chacun d'entre eux puisse se définir par rapport à l'idéal proposé. L'institution est également un système symbolique car ne peut vivre sans sécréter un ou des mythes identificateurs, sans instituer des rites d'initiation, de passage et d'accomplissement, sans se donner de héros tutélaires, sans raconter et/ou inventer une histoire qui tiendra lieu de mémoire collective ; mythes, rites, héros, sagas ayant pour fonction de sédimenter l'action des membres de l'institution, de leur servir de système de légitimation et de donner ainsi sens à leurs pratiques et à leur vie. Selon lui, l'institution peut s'offrir comme objet idéal à intérioriser, à faire vivre, auquel chacun doit manifester sa loyauté, sinon se sacrifier. Elle pose ses exigences et enjoint à chacun d'être mû par l'orgueil du travail à accomplir, véritable mission à vocation salvatrice.

Enfin, une institution est surtout et avant tout un système imaginaire. Enriquez (2019) affirme qu'en ce sens, elle va essayer de prendre les sujets au piège de leurs propres désirs d'affirmation narcissique et d'identification, dans leurs fantasmes de toute puissance ou de leur demande d'amour, en se faisant fort de pouvoir répondre à leurs désirs dans ce qu'ils ont de plus excessifs et de plus archaïques, identification massive ayant pour but la communion et la fusion amoureuse avec autrui, et de transformer leur fantasme en réalité. Selon lui, l'institution est également imaginaire en tant qu'elle va les assurer de ses capacités à les protéger de la

possibilité de vacillement de leur identité, de leurs craintes d'effondrement, de l'angoisse de morcellement réveillée et alimentée par toute vie communautaire, en leur procurant les cuirasses solides du statut et du rôle et de l'identité massive de l'institution.

Dans le cadre de ce travail, le concept d'institution thérapeutique sera ici au sens d'Enriquez (2019) et désigne toute structure de prise en charge des enfants insupportables comme le TDAH. Il peut s'agir du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées, de la Fondation médicale Indexe Telema, ou de tout autre centre hospitalier prenant en charge ces enfants.

0.6.3.3. Les capacités de symbolisation

Si toutes les approches ne semblent pas converger quant à la définition à donner à la notion de symbolisation, toutes semblent cependant d'accord sur son existence en tant que processus psychique. Dans le cadre de ce travail, nous adoptons le point de vue de Condat (2011, pp. 39-40) sur la symbolisation chez les enfants TDAH. Pour elle, la symbolisation chez cet enfant signifierait deux choses : « être présent où il est attendu » et « absent où on ne l'attend pas ».

Ainsi, l'enfant TDAH qui accède aux capacités de symbolisation selon nous, est celui qui s'arrête de bouger comme s'il était « conduit par un moteur » Condat, 2011, p. 40) ; celui qui ne bouge pas beaucoup ses mains ou ses pieds, ne gigote pas sur sa chaise ; qui n'est pas souvent parti de sa chaise où de là où il devait s'asseoir quand il n'était pas supposé se déplacer ; qui n'est pas souvent en train de courir ou grimper sur quelque chose quand il n'était pas supposé le faire ; qui n'a pas de difficulté à rester en place plus de dix minutes ; qui n'est pas plus bavard que les autres ; qui ne fait pas plus de bruits que les autres quand il s'amuse ou à l'école. C'est également un enfant qui ne coupe la parole ou n'interrompt pas les autres dans ce qu'ils sont en train de faire ; qui ne se mêle pas des affaires des autres ; qui ne donne pas les réponses avant que quelqu'un ait fini de poser les questions ; qui n'a pas de difficulté à attendre son tour. Il ne se met pas souvent dans une situation dangereuse parce qu'il n'a pas réfléchi à ce qu'il faisait. C'est un enfant qui doit bouger ou parler quand il est supposé le faire.

D'autre part, un enfant TDAH ayant accès aux capacités de symbolisation n'aura pas de difficulté à maintenir son attention ou sa concentration sur ce qu'il fait. Il fait des choses qui nécessitent une attention durable ; n'a aucune aversion pour les choses qui nécessitent une attention durable ; qui n'a pas de difficulté à garder son attention sur ce qu'il fait quand quelque

chose d'autre se passe en même temps ; qui s'organise, se rappelle où il a mis ses vêtements, ses livres, ses projets ; qui essaie de faire peu de choses en même temps ; qui n'est pas souvent en retard, qui est là où il est supposé être, a le temps de faire les choses correctement. L'enfant TDAH qui a accédé à la symbolisation n'a pas souvent des problèmes à finir ses devoirs ou d'autres activités qu'il était supposé faire, encore moins perdre des choses dont il avait besoin. Il oublie rarement ce qu'il était supposé de faire ou ce qu'il avait envisagé de faire fait très peu d'erreurs parce qu'il lui est difficile de faire les choses attentivement ; il entend ce que les autres lui disent. Il finit toujours ce qu'il a commencé.

Dans la même logique, l'enfant TDAH n'ayant pas accédé aux capacités de symbolisation signifie également deux choses : « être présent où on ne l'attend pas » et « absent où on l'attend » (Condat, 2011, pp. 39-40). Ainsi, il s'agit d'un enfant qui présente le tableau clinique suivant concernant l'hyperactivité et l'impulsivité. Enfant « sur le départ », ou n'arrêtant pas de bouger comme s'il était « conduit par un moteur » ; bouge beaucoup ses mains ou ses pieds, gigote sur sa chaise ; souvent parti de sa chaise où de là où il devait s'asseoir quand il n'était pas supposé se déplacer ; souvent en train de courir ou grimper sur quelque chose quand il n'était pas supposé le faire ; a de difficulté à rester en place plus de dix minutes ; plus bavard que les autres. Il fait plus de bruit que les autres quand il s'amuse ou à l'école, coupe la parole ou interrompt les autres dans ce qu'ils sont en train de faire. Se mêle des affaires des autres ; donne les réponses avant que quelqu'un ait fini de poser les questions. Il a de difficulté à attendre son tour. Se met souvent dans une situation dangereuse parce qu'il n'a pas réfléchi à ce qu'il faisait.

Concernant l'inattention, la désymbolisation se traduira par la difficulté à maintenir son attention ou sa concentration sur ce qu'il fait. Il a souvent essayé de ne pas faire les choses qui nécessitent une attention durable. Il a une aversion pour les choses qui nécessitent une attention durable. Il présente de difficulté à garder son attention sur ce qu'il fait quand quelque chose d'autre se passe en même temps. Il est très mal organisé, ne se rappelle pas où il a mis ses vêtements, ses livres, ses projets ; essaie de faire trop de choses en même temps, est souvent en retard, n'est pas là où il est supposé être, n'a jamais le temps de faire les choses correctement. Il a souvent des problèmes à finir ses devoirs ou d'autres activités qu'il était supposé faire. Il a souvent perdu des choses dont il avait besoin. A souvent oublié ce qu'il était supposé de faire ou ce qu'il avait envisagé de faire. A souvent fait beaucoup d'erreurs parce qu'il lui est difficile de faire les choses attentivement. A souvent l'air de ne pas entendre ce que les autres lui disent.

0. 7. PLAN DE RÉDACTION DE LA THÈSE

Parvenu à ce niveau de l'introduction générale de notre étude, il reste à annoncer les différentes articulations, donc les parties qui la composent. Cette thèse comprend six chapitres regroupés en deux grandes parties : le cadre théorique (chapitre 1,2 et 3) et le cadre méthodologique de l'étude (chapitre 4, 5 et 6).

Le premier chapitre traite des généralités sur le Trouble Déficitaire d'Attention avec Hyperactivité. Dans ce chapitre, nous avons défini TDAH en faisant ressortir ses trois symptômes majeurs que sont l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Un détour a été fait sur les modèles athéoriques qui le sous-tendent. Il s'agit principalement du DSM-IV et V, de la CIM-10 et de la CFTMEA. Après ces modèles athéoriques, nous avons fait une sorte de revue de la littérature des modèles explicatifs de ce trouble tels que l'approche neurologique, l'approche neuropsychologique qui met en exergue les fonctions exécutives et la consommation des substances psychoactives. L'approche psychosociale quant à elle est également recensée en mettant l'accent sur les facteurs environnementaux et la théorie de l'esprit (ToM). Dans l'approche psychodynamique, l'hyperactivité est à la fois définie comme une défense maniaque, comme une faille dans la mise en place de l'identité subjective. Ces différentes approches se soldent par le concept d'estime de soi chez l'enfant TDAH. il s'agit ici de voir quelles sont les facteurs associés à une baisse de l'estime de soi chez les enfants TDAH et de voir les stratégies efficaces pour sa construction. Dans la partie « TDAH et les psychothérapies », nous présenterons entre autre les thérapies cognitivo-comportementales, pour finir avec un certain nombre de constats sur les enfants TDAH.

Le deuxième chapitre est consacré au concept d'institution, celui de l'institution thérapeutique. Après avoir défini l'institution selon Enriquez (2019), nous présenterons tout-à-tour comme système culturel, comme système symbolique, comme système imaginaire, comme formation de la société et de la culture et enfin comme formation et processus hétérogène. La deuxième partie de ce chapitre se consacrera à l'institution thérapeutique en faisant ressortir ses caractéristiques et son mode de fonctionnement. La troisième partie de ce chapitre est consacrée aux différentes approches explicatives de l'institution thérapeutique. Il s'agit de l'institution thérapeutique comme formation psychique, comme espace transitionnel, comme fonction alpha, comme cadre thérapeutique, comme enveloppe psychique, comme espace du contrat narcissique, ou encore comme espace scopique. Cette partie se clôturera par une conclusion.

Le troisième chapitre et dernier du cadre théorique aborde la notion de symbolisation. Nous commencerons par évoquer le concept de mentalisation en ressortant les différentes conceptions à cet effet. Il s'agira de ressortir les différents points de vue des auteurs ayant abordé cette notion : Pierre Marty (1964, 1991), Fonagy (1996), Luquet (1981), Debray (1991), Dejours (1988, 1996, 1997), Lecourd-Bouchard (1997) Bergeret (1991) et enfin le point de vue de Mayi (2017). Après cette première partie consacrée à la mentalisation, nous évoquerons le concept de symbolisation, objet d'étude dans ce travail. Il s'agira de l'approche définitionnelle, des approches psychodynamiques, des approches sociodynamiques. Une autre partie de ce chapitre sera consacrée à la symbolisation en lien avec les épreuves projectives. Ce sera le lieu tout d'abord de présenter les épreuves projectives comme un dispositif à symboliser, puis leur cadre de passation. Une autre partie sera consacrée à l'utilisation des épreuves projectives dans la symbolisation chez les enfants TDAH. à ce niveau, après avoir présenté une épreuve projective, le Rorschach, nous présenterons les indices de symbolisation au Rorschach de la symbolisation. Le chapitre se termine par une conclusion.

Le quatrième chapitre quant à lui, premier de la deuxième partie, aborde les questions de la méthodologie mobilisée pour cette étude. Il débutera par une précision et une formulation de la question de recherche, de l'hypothèse de recherche, des variables de l'étude et de l'objectif de recherche. La partie consacrée au type de recherche questionnera le pourquoi de la démarche hypothético-déductive et la précision sur la méthode de recherche : la méthode clinique. Le site de recherche sera également présenté ; la population de l'étude également. Le mode de recrutement des populations sera également présenté en mettant l'accent sur les critères de sélection et d'inclusion. Une partie intitulée entretien clinique présentera le guide d'entretien et le déroulement des entretiens ayant conduit aux résultats de cette recherche. Le test de Rorschach sera également présenté comme outil de collecte, son matériel et le lien avec la symbolisation. La partie consacrée à l'analyse des données viendra clôturer cette rubrique.

Le cinquième chapitre sera consacré à la présentation des données. Tout d'abord, nous commencerons par présenter un compte rendu de l'examen psychologique de chaque participant, compte rendu qui va se clôturer par une synthèse des données. Une partie sera consacrée aux données issues du test de Rorschach. Il s'agira pour chaque participant de présenter la dynamique de la passation, l'approche formelle, l'approche dynamique et la synthèse. Dans l'approche formelle, les trois dimensions du Rorschach seront évoquées (la dimension cognitive, affective et sociale). Dans l'approche dynamique, il s'agira de présenter

tour à tour les planches de manière individuelle, puis par regroupement et enfin présenter les problématiques dominantes.

Le sixième chapitre sera consacré à l'analyse des données issues de l'entretien clinique de recherche avec la spécialiste de l'institution. Ce sera le lieu de présenter le fonctionnement institutionnel, les manquements du cadre, les excès d'interdits institutionnels et les capacités de symbolisation chez les enfants TDAH. Ce chapitre se clôturera avec une conclusion.

Le septième chapitre est consacré à l'interprétation et la discussion des résultats de l'étude. Ce chapitre débutera par le rappel des données théoriques, le rappel des données empiriques avant de débiter l'interprétation des résultats. Le Rorschach, une aire de transition, du manquement institutionnel à la désymbolisation, du fonctionnement institutionnel à la désymbolisation, des achoppements du contrat narcissique à la désymbolisation sont les grandes parties de l'interprétation. La discussion sera consacrée aux résultats de cette recherche à savoir : premièrement, deuxièmement, troisièmement, quatrièmement, cinquièmement. Chaque résultat sera ainsi discuté selon les cadres théoriques mobilisés et les travaux antérieurs mobilisés. Des implications théoriques et pratiques viendront clôturer ce sixième chapitre.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE 1 : TDAH OU "ENFANT DIFFICILE"

Le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est, selon Savalle et al. (2022), un trouble neurodéveloppemental associé à des comportements internalisés et externalisés comme l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. C'est le diagnostic vers lequel sont susceptibles d'évoluer la plupart des enfants dits « difficiles » (Roskam, 2021). Avec une prévalence variant entre 3 et 7%, ce trouble fait l'objet de débats quant à sa définition, sa compréhension et son traitement (courtois & al., 2007). Le TDAH se classe dans la catégorie des troubles du comportement externalisé qui regroupe en son sein le trouble oppositionnel, les troubles de conduite ou encore les conduites disruptives avec régulation émotionnelle, le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social ou le Stress post traumatique (Roskam, 2021). Dans ce chapitre, il sera question de définir le TDAH, d'indiquer les personnes les mieux placées pour évaluer un enfant avec le TDAH, de montrer comment les évaluer, de donner les recommandations pour poser un diagnostic de TDAH, de présenter les processus psychopathologiques à l'œuvre dans le TDAH.

1.1. TROUBLE DE DÉFICIT D'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ

L'appellation TDAH désigne un trouble psychiatrique qui s'accompagne d'une perturbation de plusieurs sous-systèmes cognitifs. La Haute Autorité de la santé ([HAS], 2014) le définit à l'aide de trois symptômes : l'inattention, hyperactivité et impulsivité.

1.1.1. Le déficit attentionnel

Wodon (2009) définit l'attention comme un processus cognitif et neurophysiologique très complexe. Selon lui, la capacité attentionnelle se distingue en plusieurs dimensions : l'intensité et la sélectivité. L'intensité renvoie à l'attention soutenue et la vigilance, et permet de maintenir l'attention durant de longues périodes (plus de quinze minutes) ; tandis que la sélectivité quant à elle renvoie à l'attention sélective et l'attention divisée. Elle permet d'effectuer un tri sur les informations dont nous disposons, de sélectionner les informations pertinentes et d'inhiber les moins intéressantes. Le déficit attentionnel se caractérise par plusieurs éléments (Bourdin & Perez, 2010) : une mauvaise sélection de l'information (Sauvé, 2000), un problème d'inhibition, une multitude de stimuli distracteurs, une difficulté à maintenir son attention dans le long terme, des difficultés dans l'organisation.

1.1.2. L'hyperactivité motrice et/ou intellectuelle

1.1.2.1. *L'instabilité motrice*

Pour Bourdin et Perez (2010), l'hyperactivité motrice est très fréquente chez les jeunes enfants et le terme d'enfants hyperactifs fait partie du langage commun, lorsque l'enfant bouge un peu trop, selon les attentes de son entourage. Dans la plupart des cas, ajoutent-ils, cette suractivité motrice diminue progressivement avec l'âge de l'enfant. Ainsi, le terme d'hyperactivité a perdu son sens et ne correspond plus à ces enfants. Or chez des enfants TDAH, cette suractivité reste prépondérante. C'est pourquoi il paraît plus adapté de parler d'instabilité motrice.

L'instabilité motrice correspond à une exagération des comportements normaux d'un enfant pouvant entraîner un dysfonctionnement global de l'enfant. Pour Wodon (2009), ces enfants souvent qualifiés de turbulents se distinguent des autres par leur agitation motrice incessante et désordonnée, en comparaison à leurs camarades du même âge. Fouque (2004), allant dans le même sens, affirme que cette instabilité est souvent désorganisée et non constructive : car il s'agit d'une agitation permanente marquée d'une nervosité et d'une incapacité à tenir en place et d'un sentiment d'impatience. La conséquence étant, selon Chevalier et al. (2006), des réponses motrices inadéquates et inadaptées.

1.1.2.2. *L'hyperactivité intellectuelle*

L'instabilité peut aussi se traduire par une hyperactivité intellectuelle, accompagnant ou indépendamment d'une instabilité motrice. D'un point de vue intellectuel et cognitif, il est fréquent que les jeunes atteints de TDA/H souffrent de tachypsychie, correspondant à une fuite des idées ou à l'expression « passer du coq à l'âne » (Wodon, 2009). L'agitation intellectuelle reste relativement peu productive et sans finalité apparente (Fouque, 2004) car trop souvent superficielle et interrompue. Dans certains cas, l'agitation se traduit par une logorrhée très conséquente, épuisante pour la famille et l'entourage (Marine, 2015).

1.1.3. L'impulsivité

L'impulsivité se traduit par une incapacité à prendre le temps, de réfléchir avant d'agir (Vigo et al., 2012). Billieux (2012) lui attribue une origine cognitive et la distingue sous quatre facettes : l'urgence, la persévérance, la préméditation et la recherche de sensation. Selon lui, les personnes souffrant de TDAH présentent des niveaux élevés dans les facettes impliquant le

processus d'autocontrôle de l'impulsivité comme l'urgence, le manque de persévérance et le manque de préméditation. Des enfants TDAH caractérisés par un très haut niveau d'urgence présentent davantage de risques à développer des conduites d'opposition et/ou des conduites agressives. Pour Wodon (2009), le TDAH est un trouble de l'inhibition et de l'autocontrôle ; ce qui se traduit par une incapacité d'inhiber une action immédiate verbale, intellectuelle ou motrice. Cette impulsivité traduit une intolérance à la frustration ; ce sont des enfants qui ont beaucoup de difficultés à apprendre de leur erreur et ayant une faible censure sociale.

Selon Sauvé (2000), il convient de distinguer les types d'impulsivité pouvant être présents auprès des enfants TDAH. L'impulsivité verbale : l'enfant fait preuve de commentaires irréfléchis et prend par exemple la parole trop rapidement ; l'impulsivité motrice : l'enfant change très fréquemment de jeux ou agit brusquement sans anticiper les conséquences et l'impulsivité sociale : l'enfant présente des difficultés à décoder les stimuli sociaux (Roskam, 2011), ce qui entraîne une incohérence parfois irrespectueuse ou envahissante.

1.2. DIAGNOSTIC DU TDAH

Pour Heuzey (2019), le diagnostic du TDAH reste clinique et s'appuie sur l'histoire de l'enfant, les comorbidités associées, ainsi que l'environnement dans lequel l'enfant évolue. Ce diagnostic varie selon le genre, la culture et les outils diagnostics utilisés.

1.2.1 Le genre et TDAH

Le TDAH est un trouble externalisé dont la prévalence est plus élevée chez les garçons que chez les filles, avec un ratio d'une fille pour trois garçons (Willcutt, 2012, cité par Savalle & al, 2022). Plusieurs voies tentent d'expliquer cette disparité. La première attribue les différences fille-garçon à la génétique en mettant l'accent sur la transmission de la violence. Selon cette voie, la moitié de la variation observée dans les comportements à caractère violent entre les individus s'expliquerait par les gènes. Si l'on s'en tient à cette conclusion, dit Roskam (2021), il n'y aurait pas d'effet de l'âge, non plus d'effet de sexe. Autrement dit, l'importance des gènes pour expliquer les comportements violents chez les jeunes, les adolescents et l'adulte et aussi chez les filles et les garçons semble insuffisante. Ce qui implique que les différences de genre observées dans les comportements externalisés n'ont absolument rien avoir avec la génétique.

Une deuxième voie explorée par Roskam (2021) est la voie environnementale. Selon cette voie, les différences entre fille et garçon s'expliquent par le processus de socialisation des

rôles de genre. Qu'ils soient parents, éducateurs ou enseignants, les adultes qui entourent l'enfant proposent une éducation genrée. Dès le début de sa vie, l'enfant est plongé dans un environnement en accord avec son appartenance au sexe masculin ou féminin et il développe ainsi depuis les premières heures de sa vie, une identité genre en accord avec son prénom féminin ou masculin, les couleurs roses ou bleues de ses premiers vêtements, les couleurs de sa chambre, des objets et des jouets ou nounous qu'on met à sa disposition, les activités extrascolaires qu'il pratique etc... Les interactions qu'il aura avec son entourage tout au long de sa vie, sont orientées, formatées en fonction de cette identité de genre. Ainsi, un parent ne va pas réagir tout à fait de la même manière avec un enfant qui pleure, qui fait une colère ou qui se frappe selon qu'il est une fille ou un garçon (Roskam, 2021).

1.2.2 La culture et le TDAH

Pour Lazaratou et Golse (2018), la prévalence du TDAH demeure culture-dépendante en ce sens que ce qui est considéré comme normal dans une culture donnée peut être inacceptable dans une autre et vis-versa. Selon eux, la culture a une influence considérable sur l'interprétation et le jugement qu'un informateur peut donner à un comportement donné. Roskam (2021) estime que la définition de la psychopathologie comme l'étude du fonctionnement humain normal ou pathologique dans le but de le comprendre, le décrire et le classer, donne déjà un rôle explicite au groupe social auquel l'individu appartient. Selon elle, les comportements individuels sont considérés comme des signes d'une maladie ou d'un trouble parce qu'ils sont jugés étranges ou bizarres par les personnes avec lesquelles l'individu interagit. Ainsi, un comportement externalisé comme l'hyperactivité chez un enfant TDAH est jugé étrange, bizarre, inapproprié par les personnes avec qui l'enfant interagit, ses parents, ses enseignants, ses pairs. Ces personnes parlent de ce comportement comme d'un trouble ou d'un symptôme qui conduit éventuellement à un diagnostic.

Mais il se pourrait qu'en fonction des personnes avec qui cet enfant interagit, ce même comportement ne soit pas considéré comme problématique ou étrange. Il pourrait même être considéré comme normal en raison du filtre culturel (Mikolajczak & Roskam, 2021) qui a permis l'interprétation du comportement. Selon ce filtre, un comportement sera interprété comme étrange dans un groupe social ou culturel, mais pas forcément dans un autre. Ce filtre culturel permet de comprendre les variations observées dans la prévalence des troubles externalisés tels le TDAH. Ainsi, le prototype de l'enfant idéal est fortement influencé par la culture.

1.2.3 L'évaluation multi informateurs

En dessous de l'âge de 10-12 ans, l'enfant TDAH est trop jeune pour s'autoévaluer. Il faut donc quelqu'un qui le connaisse bien pour l'évaluer. Les parents sont évidemment bien placés pour rendre compte de l'agitation de l'enfant, de son hyperactivité ou encore de son impulsivité. En effet, ils voient se comporter l'enfant dans des situations variées de la vie quotidienne. Mais les enseignants et les éducateurs peuvent contribuer à l'évaluation de l'enfant et il en va de même pour tous les paramédicaux qui travaillent en milieu institutionnel, si l'enfant y est accueilli. Ils ont l'occasion de l'observer lorsqu'il interagit avec les pairs, quand il se trouve face à des demandes d'apprentissage et d'autonomie. De par leurs expériences, les enseignants, les éducateurs et les paramédicaux ont l'avantage de pouvoir fournir les informations utiles pour son diagnostic (Roskam, 2021).

Des psychologues ont l'occasion d'observer l'enfant lorsqu'il consulte avec ses parents et ont une connaissance approfondie des normes de développement. Ce qui leur permet d'apprécier la fréquence et l'intensité des comportements externalisés de l'enfant. Les évaluations que peut fournir chacun de ces informateurs ne se valent pas et ne sont pas interchangeables. Elles sont même souvent en désaccord sur l'intensité et la fréquence des comportements externalisés. Pour Roskam (2021), cinq raisons qui peuvent expliquer ces différences :

- le seuil de tolérance de l'informateur,
- les attentes de l'informateur vis-à-vis de l'enfant à un âge donné,
- le groupe auquel il compare l'enfant quand il évalue,
- l'environnement dans lequel l'enfant est observé (à la maison, à l'école ou en institution) et,
- la qualité du lien entre chaque informateur et l'enfant.

Selon elle, chaque évaluation doit être considérée avec précaution car elle ne reflète jamais la vérité sur l'enfant. Et même, si des évaluations à priori contradictoires peuvent nous mettre dans une situation inconfortable, un certain désaccord entre les informateurs est toujours extrêmement instructif voire bénéfique.

1.2.4 Les différents outils diagnostics

Trois types de méthode sont nécessaires pour l'évaluation du TDAH : les questionnaires, les entretiens et les observations. Chacune d'elle ayant ses avantages et ses inconvénients. C'est

la raison pour laquelle, il est recommandé de combiner plusieurs méthodes pour évaluer le comportement d'un enfant car certaines méthodes sont plus appropriées pour les parents ou pour les enseignants et d'autres pour les psychologues. Pour Roskam (2021), une évaluation multiméthodes et multi informateurs permet d'éviter les faux positifs mais aussi des faux négatifs.

1.2.4.1. L'évaluation par questionnaires

Les questionnaires s'administrent de manière rapide, sont aussi peu coûteux, souvent faciles à corriger et grâce aux normes de références, on peut rapidement déterminer si les comportements externalisés de l'enfant sont anormalement intenses ou fréquents. Ils sont massivement utilisés en recherche et sont aussi d'une grande utilité dans la démarche clinique. Si l'on veut avoir l'avis de l'enseignant sur le comportement de l'enfant, il est facile de demander aux parents de transmettre le questionnaire à l'enseignant (Mikolajczak & Roskam, 2021). C'est également le cas si l'on veut avoir l'avis du père ou de la mère séparément sur le comportement de l'enfant. Le questionnaire est également très pratique lorsque les parents sont séparés et que l'on n'a pas l'occasion de les rencontrer tous les deux. (Mikolajczak & Roskam, 2021). Il existe beaucoup de questionnaires pour évaluer le comportement de l'enfant : le CBCL (Child Behavior Check List), le SDQ (Stringths and Difficulties Questionnaire), l'échelle de Conners (2008). Mais tous ces questionnaires ne se valent pas. Certains sont disponibles en français et d'autres pas, certains sont libres d'usage et d'autres sont protégés et leur utilisation est payante.

1.2.4.2. L'évaluation par entretien

Outre les questionnaires, l'évaluation du TDAH peut se faire par entretien. Le psychologue ou le pédopsychiatre mène l'entretien. Les entretiens ont l'avantage de fournir beaucoup d'informations qualitatives et permettent d'aller en profondeur dans l'évaluation du comportement de l'enfant. Toutefois, les temps de passation et de correction sont très longs et il n'est pas toujours réaliste de conduire plusieurs entretiens avec la mère, le père, l'enseignant, etc. Les entretiens sont aussi peu standardisés et la qualité des informations recueillies dépend fortement de l'expérience du professionnel qui le conduit et des capacités de l'informateur à s'exprimer oralement et à bien décrire les comportements qu'il a observés chez l'enfant (Mikolajczak & Roskam, 2021). L'usage des entretiens dépend de l'âge de l'enfant et les différents entretiens utilisés dans l'évaluation des comportements externalisés chez l'enfant TDAH sont : le DIPA (Diagnostic Infant and Preschool Assessment) pour les enfants de 1 à 6

ans avec un adulte référent, le K-SADS pour les enfants de 6 à 12. Il peut être utilisé librement par les professionnels.

1.2.4.3. L'évaluation par observation

L'évaluation du TDAH peut se faire par observation. C'est le psychologue ou le pédopsychiatre qui réalise le projet d'observation. Il s'agit de mettre l'enfant en situation pour permettre au psychologue d'observer son comportement dans des conditions plus ou moins standardisés. À cet effet, on fabrique un scénario où l'enfant est en interaction avec un autre enfant ou avec un de ses parents. À l'aide d'échelle de cotation, on évalue en suite le comportement de l'enfant qui est soit observé derrière une vitre sans teint, soit filmé avec évidemment les autorisations parentales nécessaires et en respectant la législation en matière de droit à l'image. Les situations d'observation sont extrêmement riches pour le professionnel. Le psychologue ou le pédopsychiatre ne peut pas, comme le parent ou l'enseignant, compléter une check-list de comportements présents dans la vie quotidienne ou absents dans la vie quotidienne puisqu'il ne côtoie pas l'enfant dans sa vie quotidienne. Mais il peut en revanche et à l'observation, visualiser comment réagit l'enfant lorsqu'il est face à une frustration ou face à un problème à résoudre (Mikolajczak & Roskam, 2021).

Toutefois, les observations sont très coûteuses en temps, elles nécessitent du matériel et un espace approprié, une vitre sans teint ou un dispositif d'enregistrement du son et de l'image. En plus, la plupart des méthodes d'observation ne sont pas normées. C'est l'expérience du clinicien qui détermine les informations à collecter. Plusieurs situations d'observation sont utilisées pour les enfants avec un trouble de comportement : le jeu de deux inspiré du snap game créé à l'université de Cambridge (3 à 8 ans), le D-PICS (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System) pour observer l'interaction parent-enfant (2 à 6 ans), le jeu du pique-nique pour observer le système familial (quel que soit l'âge de l'enfant) (Mikolajczak & Roskam, 2021).

1.2.5 Le diagnostic différentiel

Le diagnostic du TDAH peut parfois s'avérer difficile à établir du fait des comorbidités associées. Les enfants TDAH peuvent présenter des comportements proches du trouble de la personnalité, des troubles de l'humeur, du trouble envahissant du développement, du trouble psychotique, du trouble oppositionnel ou du retard mental (Farran, 2023). Le TDAH se combine également avec des troubles d'acquisition de la motricité et de la coordination tels que la dyscalculie ; ce qui explique pourquoi le même enfant TDAH a des difficultés scolaires. Face

à cette situation, il paraît indispensable de poser un diagnostic différentiel. D'autre part, les enfants TDAH ont aussi des comorbidités au niveau des troubles du comportement. C'est le cas des troubles de conduite, des troubles oppositionnels, des troubles de l'humeur, des troubles du sommeil, des troubles du spectre autistique (Noël, Rousselle & Desscher, 2013, cités par Farran, 2023).

Pour Nassogne (2018), il arrive que les comportements externalisés chez l'enfant soient des symptômes secondaires à un autre problème : handicap intellectuel, trouble du spectre de l'autisme, trouble de la personnalité, trouble de la communication. Selon elle, l'enfant avec autisme peut sembler inattentif, mais l'inattention est une des manifestations de son défaut de contact social. C'est également le cas de la dysphasie, où l'enfant externalise son comportement parce qu'il n'arrive pas à communiquer ses besoins de manière efficace avec son entourage. Les principaux diagnostics différentiels à considérer sont : les causes médicales (les problèmes de sommeil, la prise de certains médicaments, certaines maladies rares comme l'hypertyroïde), les causes neurologiques (le trouble du spectre autistique, le trouble du langage), les déficiences intellectuelles (les difficultés de compréhension globale, l'histoire de l'enfant, la présence d'une maladie infantile, la présence de l'épileptie).

1.2.6 Le diagnostic selon le DSM-IV

L'enfant TDAH a une inattention, une hyperactivité et/ou une impulsivité plus fréquente et plus intense par rapport à son niveau de développement (APA, 2003). Ces trois symptômes doivent entraîner une souffrance qui peut être observée avant sept ans, même si l'âge du diagnostic est de sept ans. Cette souffrance qui en découle doit se manifester dans au moins deux environnements et doit empêcher l'épanouissement de l'enfant tant à la maison, à l'école ou dans un centre d'accueil. Mais le comportement qu'on observe ne doit provenir d'un trouble envahissant du développement, encore moins d'un retard mental (Delisle, 2010).

1.3. LES CLASSIFICATIONS NOSOGRAPHIQUES DU TDAH

Bien que l'hyperactivité soit commune aux enfants TDAH, elle reste un trouble dont les points de vue ne sont pas partagés par tous (Delisle, 2010) ; ce qui rend non seulement difficile de s'entendre sur une classification nosographique commune, mais aussi de trouver un nom commun à ce trouble (Condat, 2011). Selon Quartier (2003), plusieurs nosographies catégorielles tentent de définir ce trouble.

1.3.1. Le Diagnostic and Statistical Manual for Mental Diseases

Dans la classification du DSM-V, le TDAH apparaît sous le nom de Déficit de l'Attention/hyperactivité et possède trois symptômes majeurs à savoir l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité (APA, 2013). Cinq critères sont nécessaires pour poser le diagnostic à savoir la présence des trois symptômes qui persistent et interfèrent avec le fonctionnement de l'enfant et soutenus par au moins six symptômes d'inattention présents il y a six mois et qui ne correspondent pas à son âge de développement mais qui ont des répercussions néfastes sur le plan social, académique ou professionnel. Six symptômes d'hyperactivité ou d'impulsivité ayant fait le même temps avec une fréquence et une intensité qui ne favorise pas l'adaptation de l'enfant à son environnement social, scolaire.

Les symptômes d'agitation ou l'impulsivité ou encore d'inattention doivent s'observer chez l'enfant avant l'adolescence et l'enfant doit les vivre à la fois à l'école, en famille ou dans un centre de prise en charge et l'on doit pouvoir établir un lien très étroit entre ces symptômes et une mauvaise adaptation de l'enfant à la maison, avec ses pairs à l'école ou dans une institution d'accueil pour enfants. D'autre part, aucune donnée ne doit montrer que le trouble survient suite à un autre trouble de la personnalité (CADDRA, 2014).

Dans le DSM-V (APA, 2013) présente trois sous-types de TDAH : le sous-type mixte ; le sous-type inattention prédominante et le sous-type hyperactivité/impulsivité prédominante (APA, 2013 ; Claudon, 2002). Selon cette nomenclature, les caractéristiques associées au TDAH varieraient en fonction de l'âge et du moment de la croissance de l'enfant. On peut alors observer que celui-ci tolère très difficilement certaines émotions négatives, se passe pour l'autorité, s'entête et veut que tous ses désirs deviennent des ordres. Il devient ainsi l'objet de rejet de ses camarades qui ne supportent pas son attitude et partant, développe une très mauvaise image de lui. Ses résultats scolaires ne reflètent pas les attentes des parents, créant ainsi plusieurs conflits avec ses éducateurs et les parents. Les performances scolaires sont souvent très mauvaises et dévalorisées de façon importante, ce qui amène en général des conflits avec la famille et les autorités scolaires.

1.3.2. La Classification Internationale des Maladies

Selon la CIM-10-CA (CCI, 2012), l'hyperactivité est appelée trouble hyperkinétique et ayant pour symptômes retenus l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Contrairement au DSM-V, sept critères sont nécessaires pour poser le diagnostic de l'hyperactivité. Le premier

critère requiert au moins six symptômes d'inattention qui ont persisté depuis six mois, avec une fréquence et une intensité qui ne permettent pas aux enfants de s'adapter en fonction de leur âge. Le second critère quant à lui exige que soient présents au moins trois symptômes d'hyperactivité qui ont également fait valoir leur manifestations durant au moins six mois, de la même façon que dans le critère précédent. Le troisième critère requiert qu'au moins un symptôme d'impulsivité soit présent pendant au moins six mois. Le quatrième met l'accent sur l'âge au cours duquel apparaît le trouble, à savoir sept ans. Le cinquième critère est relatif à l'environnement d'expression de ce trouble à savoir la famille, l'école ou un autre milieu où l'enfant est observé et où l'on peut recevoir les données le concernant. Le sixième critère renvoie à la souffrance ou l'inadaptation sociale, scolaire ou professionnelle. Le septième critère stipule que le trouble ne doit provenir d'un trouble envahissant du développement (CCI, 2012).

La CIM-10-CA (CCI, 2012) classe le trouble hyperkinétique selon trois sous-types : le déficit de l'attention/Hyperactivité ; le syndrome avec hyperactivité et le trouble avec hyperactivité ; le trouble des conduites hyperkinétiques. Les enfants TDAH ont de la peine à attendre leur tour dans ce qui se passe ; ils n'obéissent pas aux normes établies à cause de leur degré de réflexion limité et leur forte opposition. Ils n'arrivent pas à freiner leur mouvement et sont très mal acceptés par les pairs.

Au regard de ces deux systèmes de classifications (DSM-V, CIM-10), il y a lieu de remarquer avec Delisle (2010) qu'il y a un rapproche entre les critères diagnostics du DSM et ceux de la CIM-10, avec quelques divergences au niveau de la catégorie. Aussi, si dans le DSM il faut six symptômes d'inattention, six symptômes d'hyperactivité ou d'impulsivité, tel n'est pas le cas avec la CIM-10 qui n'exige que six symptômes d'inattention, trois symptômes au moins d'impulsivité ((Robert, 2017). D'autre part, contrairement aux sous-types tels que définit le DSM, la CIM-10 opte pour une spécification du trouble (Mises, 2012).

S'il est vrai que ces deux systèmes de classifications (DSM-V, CIM-10-CA) se confrontent souvent quant à la définition du trouble, elles ont tout de même en commun leur caractère a-théorique (Quartier, 2003), et donc reposent sur une cause physiologique, laissant ainsi de côté la place de la dimension psychique et sociale des enfants. C'est peut-être pour tenter de pallier ces manquements que Misès (2012) a voulu mettre sur pied une nouvelle nomenclature, en essayant de mettre le TDAH dans l'une des trois structures de la personnalité :

la structure psychotique, la structure névrotique et la structure état-limite troubles de la personnalité (Mises, 2012).

1.3.3. La Classification Française des Troubles Mentaux

Selon la CFTMEA (Misès, 2012), le trouble est appelé instabilité psychomotrice avec trois symptômes majeurs : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Cinq critères sont nécessaires pour poser le diagnostic de l'instabilité psychomotrice et ce sur deux plans. Sur le plan psychique avec une difficulté à maintenir l'attention ; l'instabilité dans les activités cognitives ; des mouvements désorganisés, mal coordonnés et très fréquents ; une impulsivité intense. Sur le plan moteur avec une agitation motrice très régulière.

La Classification Française Révisée (Misès, 2012) classe le TDAH selon deux sous-types : le déficit de l'attention avec hyperactivité et l'hyperactivité avec trouble de l'attention. Les enfants TDAH ont de la peine à attendre leur tour dans ce qui se passe ; ils n'obéissent pas aux normes établies à cause de leur degré de réflexion limité et leur forte opposition. Ils n'arrivent pas à freiner leur mouvement et sont très mal acceptés par les pairs. Les troubles de l'ensemble « instabilité psychomotrice » impactent les fonctions exécutives avec une légère diminution du langage et des mouvements. La relation sociale est mise à mal, de même que l'estime de soi. S'il est vrai que la CFTMEA-R (Misès, 2012) a vu le jour pour pallier aux nombreuses lacunes rencontrées dans le DSM et la CIM, toutes les classifications psychiatriques internationales posent un certain nombre de problèmes.

Pour Foucher (2012), bien que toute classification soit faite dans un but précis, les classifications psychiatriques internationales sont dénuées de tout fondement théorique (Foucher, 2012). Aragona (2013) quant à lui estime que les termes utilisés dans ces classifications ne se réfèrent ni à des phénomènes directement observables, tels qu'un comportement manifeste, ni à des réponses qui peuvent être provoquées par des stimuli appropriés. Pour lui, il n'existe pas de moyens précis de mettre les théories psychodynamiques à l'épreuve en les appliquant à des cas concrets. S'inspirant des travaux de Hempel (1994), Foucher (2012) n'a aucun problème avec la base psychanalytique des nosographies occidentales. Pour lui, cela ne rend pas plus scientifique les classifications. Selon lui, le problème le plus critique dans les nosographies psychiatriques internationales concerne les diagnostics.

Aragona (2013) quant à lui voit dans les classifications psychiatriques internationales un manque de scientificité. Selon lui, les objets de la classification psychiatrique ne sont pas les divers types de troubles mentaux, mais des cas individuels, qui sont affectés à diverses classes selon les types de troubles mentaux qu'ils illustrent. Pour lui, bien que semblables aux autres classifications biologiques, les classifications psychiatriques diffèrent dans la période de temps considérée ; d'où leur manque de scientificité.

Enfin, la question de la réalité dynamique des patients qui est également un problème majeur. Chabert et Verdon (2011) estiment que dans les classifications psychiatriques, des critères diagnostiques objectifs, descriptifs, voire mesurables sont mis en exergue, indépendamment de ce qui se donne à voir dans l'interaction clinique avec le clinicien. Ainsi, la théorie psychanalytique en est clairement évincée : « l'idée de réalité interne dynamique et conflictuelle rencontrant la réalité externe n'est pas évoquée en ce qu'elle soulève des questions et propose des réponses étio-pathogéniques complexes et jugées irrecevables » (p. 39).

Selon Chabert et Verdon (2011), si le DSM dit quelque chose de la psychopathologie, il est aussi des choses dont il ne dit rien ou presque, car il ne permet pas de les saisir, ni de les entendre, en partie parce qu'il les juge immaîtrisables, trop liées à la singularité des cas, à la complexité des interactions cliniques. Pour eux, l'une de ses omissions majeures est celle de la causalité psychique inconsciente, ce fameux paradigme de l'inconscient dynamique que Freud a élaboré à partir de son expérience clinique. Si la théorie éclaire alors en retour la clinique, celle-ci apparaît susceptible de problématiser les modélisations théoriques, de questionner leur pertinence, exigeant correction et affinage. Ce travail d'aller-retour incessant participe de l'édification de la psychopathologie psychanalytique, ancrée dans l'expérience clinique, adossée à une construction théorique en mouvement (Chabert & Verdon, 2011).

De manière générale, et malgré les problèmes que posent les classifications psychiatriques internationales, à savoir l'absence d'un substratum théorique, le manque de validité des diagnostics chez les patients, etc..., toutes ces classifications (DSM-V, CIM-10-CA et CFTMEA) s'accordent néanmoins à reconnaître les trois symptômes. Ceci dit, un appel de conscience de chacun sera nécessaire pour ce qui reste à faire pour le bon fonctionnement de la structure qu'elle dirige.

1.4. LES FACTEURS DE RISQUE DU TDAH

Roskam (2021) proposent de considérer les troubles du comportement externalisés comme un iceberg dont le sommet émergé et visible renvoie aux symptômes qu'on observe et la partie immergée et invisible quant à elle aux raisons pour lesquelles l'enfant se comporte de cette façon. Selon elle, aucun modèle étiologique sérieux ne peut prétendre que l'origine des troubles externalisés est simple et linéaire avec une cause unique. Elle préfère parler de facteurs de risque quand il s'agit d'un trouble externalisé comme le TDAH. Pour Roskam (2021), une cause provoque sa conséquence dans tous les cas, mais un facteur de risque n'est pas une cause ; c'est un facteur qui, quand il est présent, augmente le risque de présenter une certaine conséquence. Augmenter le risque ne signifie pas que la conséquence se produise toujours ni avec la même intensité. Et l'augmentation du risque varie d'un individu à l'autre.

1.4.1. Le tempérament de l'enfant TDAH

C'est le premier facteur de risque selon Mikolajczak et Roskam (2021). Le tempérament désigne les bases biologiques de la personnalité, c'est une prédisposition génétique de la personnalité. Selon elles, les traits de tempérament de l'enfant vont plus ou moins le prédisposer à externaliser son comportement ou à l'internaliser. Un tempérament difficile serait donc la combinaison d'une difficulté à s'adapter aux nouvelles situations et des réactions intenses vis-à-vis des stimulations. Le tempérament de l'enfant s'exprime dès la naissance et chacun, depuis le tout premier jour voire les premières heures de la vie, a son propre fonctionnement ; ce qui le rend singulier. Deux indicateurs aident à repérer les enfants les plus à risque d'une évaluation précoce du comportement : les comportements externalisés de l'enfant (la partie visible de l'iceberg) et les facteurs de risques (la partie immergée). Selon ces auteures, le tempérament de l'enfant reste le facteur le plus déterminant, même sur le long terme. Un enfant qui a un tempérament difficile a plus de chance d'évoluer de manière défavorable et d'externaliser son comportement encore à l'adolescence.

1.4.2. Les facteurs neurologiques

Les études neurofonctionnelles sur le TDAH mettent en avant un défaut de maturation de plusieurs structures cérébrales. Marine (2015) fait état de ce que le réseau attentionnel antérieur essentiellement situé au niveau des régions préfrontales serait dysfonctionnant chez les personnes présentant un TDAH. Les travaux neuroanatomiques montrent une réduction globale du volume du striatum, du corps calleux, du cortex frontal droit allant de 3,2% (Bourdin

& Perez, 2010) à 8% en moyenne (Sagvolden et al., 1998). Ce défaut morphologique ne disparaît pas avec le développement progressif de l'enfant. Ainsi, l'origine du TDAH serait un trouble développemental précoce au niveau des réseaux préfronto-striataux, réseaux impliqués dans les fonctions exécutives et attentionnelles (Berquin, 2005).

Sagvolden et al. (1998) ont mis en évidence plusieurs voies neurochimiques. Selon eux, le système dopaminergique est issu de deux noyaux : le cortex frontal et le striatum, impliqués dans les processus cognitifs et attentionnels et dans la motricité. Bourdin et Perez (2010) montrent également le rôle de la dopamine dans le TDAH. À l'aide de traitements médicamenteux, ils se sont rendus compte que le méthylphénidate améliore l'attention et diminue l'impulsivité : il bloque la dopamine, ce qui augmente la quantité de ce neurotransmetteur dans la synapse. Selon ces deux auteurs, le gène codant de la dopamine fait partie des premiers à être étudié dans l'étiologie du TDAH. La seconde hypothèse de Bourdin et Perez (2010) est celle de la voie noradrénergique. Selon eux, des traitements bloquant la recapture de la noradrénaline ont montré leurs effets chez les personnes avec un TDAH : la noradrénaline est impliquée dans la vigilance et le développement de l'attention sélective.

1.4.3. Les facteurs neuropsychologiques

Les facteurs neuropsychologiques dans le TDAH regroupent en particulier les fonctions exécutives, la métacognition, le modèle d'aversion de délai, la consommation des substances psychoactives et le déficit de la théorie de la flexibilité cognitive.

1.4.3.1. Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont des fonctions cognitives qui vont intervenir chaque fois qu'on doit contrôler son comportement. Elles jouent un rôle très important dans la régulation du comportement mais aussi le contrôle émotionnel et donc dans les interactions sociales. On en a plusieurs dans le TDAH, notamment l'attention, l'inhibition (motrice et cognitive), la flexibilité cognitive et la mémoire de travail (Mikolajczak & Roskam, 2021). L'attention est la capacité à focaliser son esprit, son observation, son activité mentale, sur un objet spécifique. Elle est synonyme de la concentration. L'inhibition quant à elle intervient lorsqu'un enfant doit contrôler son comportement. C'est la capacité de remplacer une réponse automatique et dominante par une autre réponse plus appropriée à la situation dans laquelle l'on se trouve. En d'autres termes, l'inhibition est le contraire de l'impulsivité qui consiste à agir sans réfléchir.

Quant à la flexibilité, elle désigne la capacité de changer de comportement ou de tâche rapidement pour s'adapter à de nouvelles demandes ou de nouvelles règles.

Barkley (1997) considère le TDAH comme un déficit d'inhibition affectant quatre fonctions exécutives importantes : la mémoire de travail, l'autorégulation affective et émotionnelle, l'internalisation du langage et la reconstitution mentale. L'inhibition comportementale associe, selon lui, trois processus : l'inhibition de la réponse habituelle, l'arrêt de la réponse afin d'autoriser un délai de réflexion et le contrôle des interférences. Ce défaut d'inhibition aurait comme impacts sur les quatre fonctions citées précédemment ; celles-ci faisant référence à l'organisation mentale et au contrôle moteur. De ce fait, les activités orientées vers un but sont sources de difficultés. Ainsi, le modèle de Barkley (1997) semble expliquer deux des sous-types de TDAH: le sous-type hyperactivité/impulsivité prédominante et le sous-type mixte. Barkley (1997) considère que le TDAH est un trouble développemental d'évolution chronique pour plus de la moitié des cas. Ce modèle théorique est appuyé par de nombreuses recherches de la littérature, mais d'autres le remettent en question. Pour Marine (2015), la méta-analyse de Willcut et al. (2005) tend à modérer les effets explicatifs de cette théorie qui ne peut être généralisé à toute la population présentant un TDAH.

1.4.3.2. La métacognition

Pour Nkelzok Komtsindi (2009), la métacognition désigne la connaissance que le sujet possède de ses propres processus de pensée et de ceux d'autrui (cognition sur la cognition), ainsi que le contrôle qu'il exerce sur ses propres processus cognitifs.

La métacognition fait aussi référence à la connaissance que le sujet a de ses propres processus cognitifs, de leurs produits et de tout ce qui s'y rapporte... La métacognition concerne le contrôle (monitoring) actif et la résultante ou orchestration de ces processus en fonction des objets cognitifs ou des données sur lesquelles ils portent, habituellement pour servir un but ou un objectif concret. (Flavell, 1976, cité par Nkelzok Komtsindi, 2009, p. 73).

En général, précise Nkelzok Komtsindi (2009), deux composantes se dégagent de cette définition : le savoir que possède le sujet sur les différents aspects de sa démarche et de sa

gestion, et l'autocontrôle des processus en jeu dans l'atteinte d'un objectif. Dans le même ordre d'idées, Nguyen-Xuan (1991) pense que le champ métacognitif comprend deux dimensions essentielles : les connaissances métacognitives et les régulations métacognitives.

1.4.3.3. Le modèle d'aversion de délai ou modèle motivationnel

Sonuga-Barke, Taylor, Sembi et Smith (1992) ont présenté le modèle d'aversion de délai ou modèle motivationnel. Cette théorie part d'un déficit de la tolérance aux délais. Ils expliquent le TDAH par une intolérance aux délais. Selon eux, cette intolérance aurait des conséquences sur le contrôle et la diminution de l'intérêt des récompenses mais aussi la perception subjective de la durée d'un délai, perçu plus long qu'objectivement, donc plus intolérable pour un enfant avec un TDAH. Ce modèle explique les différentes difficultés communes aux trois sous-types présentés dans le DSM-IV-TR (APA, 2000) entre autres patienter dans un but précis, postposer la gratification... Ce modèle est appuyé par de nombreuses données dans la littérature mais laisse de côté l'hypothèse d'un déficit exécutif.

Le modèle présente les interactions entre les deux hypothèses. Plutôt que de les considérer comme contradictoires et opposées, Sonuga-Barke (2005) tente de les considérer comme complémentaires (Bourdin & Perez, 2010). On peut voir au travers les deux voies se développant distinctement de manière dialectique, puis les interactions qui forment une synthèse de ces deux hypothèses, expliquant ainsi l'ensemble des difficultés liées au TDA/H. En effet, d'un point de vue plus neurobiologique, le dysfonctionnement exécutif et l'aversion du délai tels que mentionnés par Bourdin et Perez (2010) sont distingués mais toutes deux sont associées incontestablement au phénotype combiné du TDAH. Dans leur méta-analyse, Nigg, Stravo, Ettenhofer, Hambrick, Miller et al, (2005) soulignent l'intérêt d'expliquer le TDAH de façon hétérogène ; les déficits concernent les capacités exécutives mais aussi non-exécutives. Cette synthèse aurait un pouvoir explicatif plus important du TDAH sans pouvoir prétendre actuellement expliquer tous les processus sous-jacents du TDAH.

1.4.3.4. La consommation des substances psychoactives

Pour Chevalier et al. (2006), il existerait un lien entre la consommation de nicotine durant la grossesse et la probabilité d'un TDAH chez l'enfant. Berquin (2005) a réussi à montrer l'existence d'un lien entre l'alcoolisme fœtale et la présence du TDAH chez l'enfant. Selon lui, la consommation d'alcool durant la grossesse favoriserait une immaturité et un développement cognitif dysfonctionnel. Il a identifié également d'autres facteurs de vulnérabilité comme les

risques obstétricaux, par exemple, 20% à 30% des enfants prématurés de moins de 32 semaines gestationnelles présentent des déficits attentionnels.

L'hypothèse d'une origine génétique héréditaire amène à une transmission du TDAH cinq fois supérieur à la moyenne lorsque le père présente ce trouble (Berquin, 2005). Pour Wodon (2009), un lien de proportionnalité de cette hérédité a été montré : plus le membre de la famille atteint d'un TDAH s'éloigne, moins la probabilité que l'enfant présente ce trouble est grande. Bourdin et Perez (2010) rapportent également que plusieurs études ont été menées avec des jumeaux homozygotes et monozygotes. Selon eux, le pourcentage d'héritabilité entre des jumeaux varie entre 35 et 80% selon l'étude et la population choisie ; le poids de l'héritabilité du TDAH n'étant donc pas à ignorer, il serait estimé entre 60% et 90%. Toutefois, affirmant-ils, les conclusions de plusieurs études vont dans le sens d'une hypothétique origine multigénétique. Plusieurs gènes seraient impliqués et non pas un seul.

1.4.3.5. Le déficit de la théorie de la flexibilité cognitive

La flexibilité cognitive est décrite comme la capacité de passer d'un concept à l'autre, de réfléchir à plusieurs concepts simultanément ou de choisir parmi de multiples représentations d'un objet, de multiples stratégies ou de multiples tâches dans des situations spécifiques ou changeantes. Pour Kercood et al. (2017), la plupart des travaux portant sur la flexibilité cognitive l'établit comme composantes d'un certain nombre de compétences. Selon lui, cette capacité à passer d'un mode de pensée à l'autre et à considérer simultanément plusieurs concepts est une composante essentielle de l'apprentissage, du développement du langage, des compétences arithmétiques, de la communication interpersonnelle, de l'auto-efficacité de la communication, de l'affirmation de soi, de la réactivité, de la multitâche (Ionescu, 2012), de la prise de décision, de la résolution de problèmes et la créativité, de la volonté de collaborer et le leadership. Toutefois, Kercood et al. (2017) se rendent compte que bien que nombre de ces compétences puissent influencer celles qui sont nécessaires pour réussir dans un environnement universitaire, la relation entre la flexibilité cognitive et les résultats scolaires des différents types d'étudiants n'a pas été directement examinée dans la littérature.

S'inspirant des travaux antérieurs (Anderson, 2002 ; Britton & al., 2010 ; Sarrar & al., 2011 ; De Vries & Geurts, 2012 ; Brooks & al., 2016), Kercood et al. (2017) se rend également compte que bien que ces travaux aient identifié des différences de flexibilité cognitive dans des groupes d'enfants et d'adolescents ayant des antécédents et des maladies différents, ils ne se sont pas concentrés sur la manière dont les caractéristiques personnelles des étudiants peuvent

être corrélées avec leur flexibilité cognitive. Il postule que les hommes et les femmes seraient semblables dans leurs niveaux de flexibilité cognitive, mais que les étudiants atteints de TDAH seraient moins flexibles sur le plan cognitif que ceux qui ne souffrent pas de ce trouble. Ainsi, l'identification l'inflexibilité cognitive associée à ce trouble, peut fournir les connaissances nécessaires pour développer des interventions non médicales qui ont un impact positif sur les enfants TDAH et sur le corps enseignant qui les forme, ainsi que pour guider ces enfants vers des objectifs éducatifs et professionnels appropriés.

Kercood et al. (2017) découvrent que les garçons et filles ne présentent pas de différence substantielle dans leur flexibilité cognitive. Cependant, des éléments suggèrent que les déficits d'attention peuvent être associés à une diminution de la flexibilité cognitive. Lorsqu'ils ont directement comparé la flexibilité cognitive subjective et objective des enfants TDAH à celle de leurs pairs non atteints, ils n'ont pas trouvé de différences significatives entre les deux groupes d'élèves, et le diagnostic de TDAH n'ayant pas eu d'interaction avec le sexe pour affecter la flexibilité cognitive. Selon Kercood et al. (2017), la flexibilité cognitive est essentielle à de nombreuses tâches cognitives et non cognitives telles que l'apprentissage, la communication interpersonnelle, l'affirmation de soi, la collaboration, le leadership, le multitâche, la résolution de problèmes et la créativité.

Ces résultats suggèrent au moins un mécanisme susceptible de nuire aux résultats scolaires des élèves atteints de TDAH et offrent une possibilité d'intervention future auprès de ces élèves. Si les déficits de flexibilité cognitive documentés dans l'enfance (Geurts & al., 2005) se poursuivent au début de l'âge adulte chez les élèves atteints de TDAH, le manque de flexibilité peut, au moins en partie, expliquer une partie de la baisse de leurs résultats scolaires par rapport à leurs pairs non TDAH. il est possible que ces déficits s'améliorent généralement lorsque les enfants deviennent de jeunes adultes et c'est peut-être la raison pour laquelle ils ont trouvé des corrélations entre la flexibilité cognitive et la symptomatologie du TDAH, mais pas de différences de groupe entre leurs élèves atteints de TDAH et ceux qui ne le sont pas en ce qui concerne cette compétence. L'étude de Kercood et al. (2017) apporte ainsi de nouvelles preuves sur la flexibilité cognitive et son importance chez les hommes et des femmes étudiants avec ou sans TDAH.

1.4.4. Les facteurs cognitifs

Caillies (2023) regroupe les facteurs cognitifs en deux dimensions : la théorie de l'esprit et le traitement de l'information sociale.

1.4.4.1. La théorie de l'esprit (ToM)

La théorie de l'esprit est la capacité de comprendre ce qui se passe dans la tête d'une autre personne à savoir ses pensées, ses croyances et ses émotions. Les jeunes enfants sont très égocentrés sur le plan intellectuel et considèrent que ce qu'ils savent, tout le monde le sait ce qu'ils voient, tout le monde le voit et ce qu'ils éprouvent comme émotion, tout le monde le partage. Leur réalité est la réalité de tous. Ils doivent apprendre à se décentrer intellectuellement, à se mettre à la place de quelqu'un d'autre. Toutes ces compétences en théorie de l'esprit se construisent progressivement avec de très grandes différences entre enfants.

Certains éprouvent plus de difficultés que d'autres, et les enfants qui externalisent leur comportement ont parfois un déficit en théorie de l'esprit. Ils ont des difficultés à se mettre à la place de quelqu'un d'autre, à interpréter les émotions d'autrui d'une manière juste sans se tromper sur les intentions de l'autre ou encore à prendre les émotions de l'autre en considération pour ajuster leur comportement. Mais tous les enfants TDAH qui externalisent leur comportement n'ont pas ce genre de difficulté. Au contraire, certains ont de très bonnes capacités en théorie de l'esprit mais ils les utilisent à mauvais escient pour manipuler ou menacer les autres. Une amélioration des compétences en théorie de l'esprit ne s'accompagne donc pas toujours d'une diminution des comportements externalisés. Ce n'est le cas que pour des enfants qui présentent des déficits dans ce domaine. (Mikolajczak & Roskam, 2021).

1.4.4.2. Le traitement de l'information sociale

Le traitement de l'information sociale quant à lui renvoie aux étapes de réflexion sociale par lesquelles on passe quand on doit résoudre un problème social plus ou moins ambiguë. La première étape du traitement consiste à recueillir les indices sociaux qu'on trouve importants. La deuxième étape consiste à interpréter ces indices. Dans la troisième étape, on revoit le but à atteindre. L'étape quatre consiste enfin à choisir parmi toutes ces possibilités la réponse à adopter, c'est-à-dire le comportement qui semble le plus approprié à l'enfant pour aller vers son but. L'accomplissement de toutes ces étapes nous paraît simple en tant qu'adulte. Et pour les enfants, c'est un cheminement à accomplir. La construction de ce cheminement prend du temps et consolide leur capacité à agir et à réagir dans toutes les situations de la vie quotidienne (Roskam, 2021). Chez l'enfant TDAH, cette capacité est défaillante.

1.4.5. Les facteurs langagiers

Caillies (2023) estime que les compétences langagières déterminent la qualité des interactions sociales des enfants avec un trouble neurodéveloppemental. Selon elle, la compétence langagière demeure un socle de l'adaptation à l'environnement social de l'enfant. Roskam (2021), pense que 25% des enfants ayant des comportements difficile auraient un retard significatif de langage. Le bilan orthophonique de ces enfants montre que la plupart d'entre eux présente un déficit de la morphosyntaxe. Beaucoup d'entre eux ont aussi des difficultés discursives et pragmatiques. Pour Roskam (2021), les capacités pragmatiques se déclinent en trois axes : elles permettent de réaliser différents actes de langage comme formuler une demande, attirer l'attention, protester etc ; elle incorpore le respect de différentes règles de conservation comme gérer les tours de parole, initier, maintenir ou clôturer un sujet de conversationnelle ; elles tiennent compte de la capacité du locuteur d'adapter et d'interpréter le langage en fonction du contexte et de l'interlocuteur.

Les enfants TDAH semblent ne pas respecter les besoins de leur interlocuteur, ils ont parfois des difficultés à raconter les événements dans l'ordre et de manière cohérente et ils n'ont parfois pas l'air d'écouter ce qu'on leur dit. Pour toutes ces raisons, ces enfants ont des interactions sociales moins fréquentes et moins positives que ce soit avec les enfants ou avec les adultes qui les entourent. Or les compétences communicationnelles se développent grâce aux interactions verbales que l'enfant expérimente avec ses partenaires conversationnels, et c'est évidemment comme cela que se mettent en place les cercles visqueux.

1.4.6. Les facteurs socioaffectifs

1.4.6.1. Le sentiment de compétence parental

Le type de cognition à cibler chez les parents et ayant un impact sur les comportements externalisés de l'enfant TDAH est le sentiment de compétence parentale. Il s'agit de la manière dont un parent se représente sa capacité à influencer le développement de son enfant de manière positive. Pour Mikolajczak et Roskam (2021), le sentiment de compétence parentale est un socle de confiance en soi très important. C'est lui qui permet à un parent de ne pas vaciller quand il interagit avec l'enfant même si celui-ci fait une colère intense et d'être consistant dans ses décisions éducatives parce qu'il croit que c'est la meilleure manière de soutenir le développement de son enfant. Ce sentiment permet aussi de résister à la menace du jugement des autres et du regard social. Selon ces auteures, ce qui caractérise les parents d'enfants TDAH

qui externalisent leur comportement, c'est qu'ils ont très souvent un sentiment de compétence faible. Le sentiment de compétence parentale se nourrit de quatre sources d'information : les succès et les échecs antérieurs, les comparaisons que l'on fait avec d'autres qui sont dans une situation analogue, l'espérance et le ressenti du parent dont l'enfant externalise le comportement, et le sentiment de compétence est le résultat des informations émotionnelles en provenance de notre corps (Mikolajczak & Roskam, 2021).

1.4.6.2. L'attachement comme facteur de risque du TDAH

Pour se développer, l'enfant explore activement le monde. Il y fait des expériences et lorsque celles-ci génèrent du stress ou un inconfort, l'exploration s'arrête et l'enfant cherche à se remettre en sécurité en se rapprochant de sa base de sécurité ou en l'attirant jusqu'à lui. La stratégie primaire est celle qui se met en place par défaut (Roskam, 2021). Mais parfois la stratégie primaire échoue. L'enfant émet des signaux d'attachement mais ne reçoit pas de réponses ou bien la réponse n'est pas adéquate ou elle est aléatoire ou encore elle vient trop longtemps après que les signaux aient été émis. Dans ce cas, la stratégie secondaire se met en place et elle est double. Soit l'enfant se dit qu'émettre des signaux vers l'extérieur ne sert à rien et il éteint ses comportements d'attachement, ne crie plus, ne pleure plus, ne s'agrippe plus et garde toute sa détresse à l'intérieur sans la communiquer ; soit il se dit qu'il faut amplifier les signaux et donc il crie plus fort, pleure de manière excessive, sollicite l'attention en permanence. Il hyperactive ainsi ses comportements d'attachement dans l'espoir que quelqu'un va finalement répondre à ses besoins. Un enfant qui recourt à la stratégie secondaire est dit insecure, anxieux s'il éteint ses comportements d'attachement ou ambivalent s'il les hyperactive (Mikolajczak & Roskam, 2021).

Pour Mikolajczak et Roskam (2021), les enfants insecure ambivalents ont plutôt tendance à externaliser leurs comportements. Les expériences d'insécurité apprennent à l'enfant qu'il n'a pas une grande valeur aux yeux des autres et que les autres ne sont pas toujours dignes de confiance. Bien qu'elles affectent l'estime de soi, les relations sociales de l'enfant, la stratégie secondaire est cependant une stratégie adaptative. Les stratégies primaires et secondaires sont des stratégies dites organisées, c'est-à-dire que l'enfant a développé une sorte de procédure claire qui le prépare à réagir quand il ressent de l'inconfort. Toutefois, au-delà du rôle joué par les figures d'attachement, l'influence du tempérament de l'enfant est importante. En raison du tempérament, les besoins d'attachement varient très fortement d'un individu à l'autre. Outre les profils insecure-ambivalentes, beaucoup d'enfant qui externalisent leur

comportement à l'instar des enfants TDAH ont un profil désorganisé. Contrairement à ceux qui recourent aux stratégies secondaire en hyperactivant leurs signaux, les enfants désorganisés n'ont pas développé de script et de procédures à suivre en cas d'inconfort, ils ne savent pas comment réagir ni comment se comporter. Leur figures d'attachement sont à la fois craintes et désirées. Ils les réclament mais n'en veulent pas. Ils s'en approchent mais se refusent à leur contact. Ces profils sont extrêmement déroutants pour l'entourage. Ils sont évidemment moins adaptatifs (Mikolajczak & Roskam, 2021).

1.4.7. Les facteurs psychosociaux

La recherche des pistes explicatives intéressantes à celles-ci sont l'une des raisons qui ont conduit Nader-Grosbois (2011) à revisiter la théorie de l'esprit (ToM). Il établit ainsi une relation bidirectionnelle entre ToM et adaptation sociale. Selon lui, un individu mal intégré au sein de la société présenterait des déficits dans sa ToM (pour les deux états mentaux : « émotions » et « croyances »), et vice-versa. Les principaux précurseurs de l'acquisition de la ToM étant la qualité de l'attachement, l'empathie, l'attention conjointe préverbale et la conduite de référenciation sociale, l'imitation et habiletés à faire semblant. S'intéressant à la similitude entre empathie et ToM, Nader-Grosbois (2011) considère l'empathie comme un précurseur de la ToM : émotions. Pour lui, l'enfant imite progressivement certains actes sensori-moteurs pouvant s'approcher des gestes fonctionnels, induisant l'usage social d'objet vers lui ou vers autrui et ce, au cours de son développement et ce à partir de la jeunesse.

Pour lui, cet enfant passe ainsi d'une réaction positive d'intérêt face à des modèles, à une imitation partielle ou approximative pour arriver à une imitation proche de ceux-ci. Selon lui, l'imitation est un moyen privilégié d'apprentissage et est source de progression des acquisitions et la dimension socio-communicative des comportements imitatifs est particulièrement importante même lorsque l'enfant ne maîtrise pas encore bien le langage (Tourrette, 1999). Pour Leslie (1987), les enfants (de 18 à 24 mois) démontrent des capacités à faire semblant, et sont également capables de reconnaître ces capacités chez autrui. Selon lui, le "faire semblant" serait l'un des premiers états mentaux compris par les jeunes enfants. Pour Comte-Gervais (2007), par la simulation, l'enfant peut évoquer des objets ou des événements non perçus immédiatement, en se référant à ses propres représentations mentales ; ce qui lui permet de développer sa capacité à se mettre à la place d'autrui tant au niveau des affects ressentis que des comportements manifestés.

Nader-Grosbois (2011) identifie différentes étapes jalonnant l'acquisition de la ToM, certaines acquisitions étant plus précoces, d'autres, plus tardives en fonction de leur niveau de complexité. Selon lui, la compréhension des désirs permettrait aux enfants, dès 2 ans, d'interpréter le comportement d'autrui : lorsqu'un enfant pleure, il n'est pas rare de voir un pair se diriger vers lui et lui proposer l'objet convoité, démontrant ainsi une compréhension précoce de l'état mental volitionnel. Cette « psychologie du désir » serait remplacée ensuite, vers 3 ans, par une première « Théorie de l'esprit » grâce à laquelle l'enfant conçoit l'existence d'états mentaux non perceptibles et susceptibles d'influencer les comportements : ses propres comportements et ceux d'autrui. Toutefois, ajoute-t-il, cette Théorie de l'esprit permettrait uniquement de concevoir les états mentaux comme des copies de la réalité ; une croyance ne pouvant être conçue que si elle est vraie.

Pour Nader-Grosbois (2011), cette théorie représentationnelle constitue le point final du développement de la ToM par l'enfant d'âge préscolaire : période développementale symbolique. Dans la même logique que Perner (1991), Nader-Grosbois (2011) affirme que l'acquisition d'une ToM marquerait le moment où les enfants deviennent capables d'élaborer et d'interpréter différentes formes de représentations, détachées de la réalité, leur permettant de concevoir des réalités alternatives et des états mentaux. Cependant, certaines acquisitions en ToM seraient ultérieures à l'âge mental de 5 ans. Selon lui, la croyance de second ordre serait comprise par les enfants seulement à partir de 6 ans ; il s'agit d'un double enchâssement de la représentation mentale.

1.4.8. Les facteurs éducatifs

Comme facteurs éducatifs qui amplifient les comportements externalisés chez les enfants TDAH, nous avons les pratiques éducatives parentales et l'éducation strictement violente

1.4.8.1. Les pratiques éducatives parentales

Les pratiques éducatives des parents contribuent aux difficultés comportementales de l'enfant mais les difficultés comportementales de l'enfant contribuent aussi très largement aux problèmes éducatifs auxquels se heurtent les parents et dans lesquels ils se sont souvent enlisés. Car la socialisation des enfants qui externalisent leur comportement est un vrai challenge pour leur entourage : les affrontements, les cascades développementales sont fréquents. Les parents sont généralement dans une optique d'éducation positive qui a pu faire ses preuves avec les

ainés. Mais lorsque leurs enfants débordent, ils essayent d'autres solutions qui n'apportent pas grande chose aux débordements de leurs enfants. Face à cette situation, les parents se sentent progressivement impuissants et il leur arrive de laisser faire, de démissionner (Mikolajczak & Roskam, 2021).

D'autres part, les enfants TDAH combinent plusieurs comportements difficiles (l'agitation, l'agressivité et l'opposition) qui s'expriment de manière intense et ou fréquente. En tant que parent, il n'est pas réaliste de vouloir solutionner tous les problèmes à la fois. Or, certains parents sont sur tous les fronts. Ils passent les journées à s'énervier ou à recadrer l'enfant et à de très nombreuses reprises avec le risque que le comportement du parent ne devienne de plus en plus sévère au fil des heures. En étant sur tous les fronts, le parent perd en nuance, il se met dans tous ses états de la même manière pour un comportement anodin que pour un comportement vraiment problématique. Non seulement l'enfant n'apprend plus ce qui est réellement grave, mais en plus le parent devient colérique. L'enfant s'y habitue et cette colère parentale finit par se banaliser. D'autres parents au contraire en viennent à se désengager. Ils sont pris dans un phénomène d'impuissance apprise sous tendu par un sentiment de compétence très affecté. Ils ont l'impression que plus rien ne sert à rien et ils démissionnent parce que c'est trop. Dans les deux cas, le comportement externalisé de l'enfant s'externalise davantage (Mikolajczak & Roskam, 2021).

1.4.8.2. L'éducation strictement violente

Une autre pratique éducative qui amplifie l'externalisation des comportements chez l'enfant TDAH est l'éducation strictement violente. À l'heure où de très nombreux pays légifèrent contre toute forme de violences faites aux enfants, les parents et les professionnels se trouvent parfois perdus, ne sachant plus ce qui est autorisé, ce qu'il convient de faire ou les pratiques à éviter. Un des principes fondamentaux inscrit dans la déclaration universelle des droits de l'enfant est l'éducation strictement non violente de l'enfant. Il n'est évidemment pas question de brutaliser l'enfant physiquement, de le blesser ou de l'humilier. Ce principe semble simple et consensuel. Et pourtant, deux visions s'opposent. D'une part, celle d'une éducation qui repose exclusivement sur des attitudes positives vis-à-vis de l'enfant (encouragement, accueil inconditionnel de ses émotions, écoute de ses désirs, contraction prioritaire sur ses besoins, proposition de choix et d'alternative, etc.). Cette vision renonce à toute forme de contrainte et de frustrations faite à l'enfant (Roskam, 2021). Dans sa forme la plus externe, l'éducation est elle-même considérée comme une contrainte et donc comme une violence dite

ordinaire faite à l'enfant qui aurait en lui toutes les ressources nécessaires pour bien grandir. Rien ne devrait lui être imposé par ses parents ou par toute autre figure dite d'autorité.

D'autre part, on a la vision d'une éducation qui combine les attitudes positives et la mise de limite à travers la discipline. Le parent ou tout adulte impliqué dans l'éducation de l'enfant est garant de ces limites. Les transgressions de l'enfant doivent être découragées pour que l'enfant se socialise, apprenne à réguler son comportement et qu'il internalise les valeurs essentielles, notamment le respect d'autrui, de ses besoins et son intégrité. La discipline coercitive a pour objectif principal l'obéissance de l'enfant pour elle-même ; l'adulte cherche à exercer sa supériorité en faisant preuve d'autorité, en intimidant l'enfant en lui montrant que l'adulte est le plus fort et que l'enfant doit se soumettre. Cette forme de discipline revêt souvent un caractère arbitraire. Elle est inefficace (Mikolajczak & Roskam, 2021).

1.4.9. Les facteurs culturels du TDAH

Selon Dyches et coll. (2004), le niveau socioéconomique des parents, leur style de vie ainsi que leur degré d'instruction, les limites géographiques, culturelles, raciales ou ethniques, n'influent pas sur le risque de TDAH. Pour Mukau Ebwel, Roeyers et Devlieger (2010), un facteur important qui reste à explorer est celui de la représentation sociale que se font les africains des troubles, suivant leurs cultures respectives, et selon qu'ils vivent en ville ou en campagne. Les personnes qui vivent en milieu urbain ont des représentations d'une certaine complexité, par rapport à ceux qui vivent en milieu rural. Cette complexité serait liée d'une part à l'influence des facteurs globaux et d'autre part au poids des facteurs locaux ou culturels.

Au sein des communautés africaines et camerounaises, les enfants souffrant de troubles neurodéveloppementaux sont assimilés à ceux présentant un retard mental, une surdité. Certains d'entre eux bénéficient du diagnostic social de la sorcellerie du fait de la déviance de leurs comportements. Les enfants souffrant de TDAH ne reçoivent pas ce diagnostic spécifique, mais celui lié à l'interprétation qu'on fait des troubles qui les caractérisent. Dans la majorité des cultures africaines (Mukau Ebwel, Roeyers et Devlieger, 2010), l'explication qu'on donne à l'étiologie des troubles neurodéveloppementaux fait généralement allusion :

- à l'hérédité : un mauvais sort a été jeté par les ancêtres sur toute la lignée afin que les enfants issus de cette génération présentent des troubles du développement ;

- à l'inceste : le mariage entre les personnes issues d'une même lignée (un mariage entre frère et sœur d'une même famille ou d'une même lignée) peut occasionner la naissance d'un enfant avec des troubles ;
- aux biens matrimoniaux : le membre du clan qui n'a pas bénéficié de la dot peut manifester son mécontentement en jetant un mauvais sort aux enfants qui seront issus de cette union ;
- aux tabous alimentaires : lorsqu'on a mangé une viande interdite sans en informer le chef de clan, de famille ou du village, etc. ;
- à la mésentente entre les membres d'une même famille ou d'une même lignée, qui peut entraîner le sacrifice de l'enfant en vue de s'enrichir (pour ceux qui travaillent dans les mines d'or, dans le diamant, etc.) ou de bien manger (chez les chasseurs) ou encore à la jalousie (dans une même lignée... de la part de ceux qui sont défavorisés).

Mukau Ebwel, et al. (2010, p. 124) dénombrent des signifiants utilisés pour identifier cette catégorie d'enfant : « Zoba Zoba, Zowa » (un enfant qui ne comprend rien, un vaurien) ; « Ndoki » (un sorcier) ; « Nkiol » (un retardé mental) ; « Kiyungu » (un enfant qui ne se retrouve pas dans la vie, qui ne s'adapte pas dans la société) ; « kilau » (un têtard qui manifeste volontairement des mauvais comportements) ou « ntiontôh » (un enfant méchant). C'est à travers le lignage et la famille que les Africains recherchent les causes des divers troubles de développement : la malédiction fait suite au non-respect de certains principes de lignage ; toutes choses qui rendent l'enfant TDAH victime des fautes sociales commises par ses parents ou par ses frères et sœurs. Les difficultés d'adaptation qu'il présente trouvent avant tout une signification dans la vie sociale. L'église (pasteurs et prêtres) constituant alors une source d'espoir de réponse vers laquelle on se tourne pour expliquer l'origine de certains troubles du comportement. En fin de compte, on constate que les différentes perspectives souhaitant expliquer l'origine du TDAH sont incontestablement complémentaires dans le dépistage et l'évaluation de cette problématique.

La conception africaine des troubles la répandue considère l'enfant TDAH comme appartenant simultanément à deux mondes : un monde visible et un autre invisible (Mukau Ebwel, Roeyers & Devlieger, 2010). Il y a une interaction des deux mondes. Dans cette conception, l'enfant TDAH est possédé par un esprit impur, pour différentes raisons. Dans certains cas, les parents sont considérés comme coupables du trouble de l'enfant, ou encore

comme les cibles ayant occasionné le mécontentement des ancêtres. Pour résoudre le problème, on recourt à l'invocation des esprits des ancêtres à travers différents rituels. Ce sont les parents qui paient tout ce qui est demandé par le chef du clan, de famille ou par le féticheur. Dans certains cas, les parents sont désignés comme responsables des troubles présentés par l'enfant. L'aide à proposer se rapproche un peu de l'approche psychodynamique de Bettelheim (Mukau Ebwel, Roeyers & Devlieger, 2010) selon laquelle ce sont les parents qui subissent le traitement en lieu et place de l'enfant.

Tous les qualificatifs attribués aux enfants TDAH renvoient à un enfant possédé par un esprit maléfique, lequel le prive d'avoir un fonctionnement normal. Cette force l'empêche d'être présent où on a besoin de lui et absent où il ne doit pas être. L'interprétation culturelle des symptômes de TDAH que cette conception en fait attribue des équivalences aux trois symptômes majeurs de ce trouble :

- l'inattention : l'enfant a des difficultés à maintenir son attention ou sa concentration sur ce qu'il fait, il a souvent essayé de ne pas faire les choses qui nécessitent une attention durable, il est présent là où il ne devrait pas être, l'enfant n'est pas là, ni où ni quand pourtant il était attendu. Il s'absente psychiquement de ce qu'il était en train de faire, et ce y compris lorsqu'il en était à l'initiative. Il perd ses objets comme ses projets, il oublie, s'oublie. L'interprétation sociale est qu'il ne vit pas avec nous, il entretient des rapports avec le monde invisible. C'est pour cette raison qu'il est dans les nuages.
- l'hyperactivité : l'enfant bouge ou parle quand il n'est pas supposé le faire. Il est souvent parti de là où il devait s'asseoir et ce quand il n'était pas supposé se déplacer. Il est souvent en train de courir ou grimper sur quelque chose quand il n'était pas supposé le faire. L'interprétation sociale est qu'il est animé d'un esprit maléfique qui agit en lui et le pousse à se comporter de la sorte. Il est considéré comme appartenant à un autre monde, son comportement est commandé par des êtres vivant dans un autre monde.
- l'impulsivité : l'enfant donne les réponses avant que quelqu'un ait fini de poser les questions. Il est en difficulté pour attendre son tour dans un jeu, il s'énervé beaucoup, tape sur ses camarades : l'interprétation qu'on en fait est qu'il agit en tant qu'être suprême du monde invisible et conçoit très mal que ses pairs du monde visible soient en train de se mesurer à lui.

1.4.10. Approche psychodynamique du TDAH

Bien que la plupart des travaux accordent une place centrale au rôle de l'environnement, l'approche psychodynamique intègre quelques aspects significatifs qui permettent une meilleure compréhension du trouble en mettant le phénomène en lien avec son évolution dans le temps. Pour Pliszka (2007), plusieurs tendances théoriques contemporaines se dégagent de ces modèles et établissent des liens entre : l'hyperactivité et la défense maniaque (Westphal, 2018) ; l'hyperactivité et le « défaut » de refoulement (Denis, 2001).

Condat (2011) à tenter de dégager un lien du rapport à l'objet et à la jouissance de l'enfant TDAH, tout en s'appuyant sur les thèses de Freud (1905) qui rattache l'activité musculaire, tout comme la concentration de l'attention au sexuel et de Lacan (1975) pour qui, pour que l'enfant-sujet puisse s'identifier à un manque, il faut que la mère se laisse déborder, déborder en ce qu'elle est appelée ailleurs, mais déborder encore en ce qu'elle se laisse surprendre par l'enfant ; celui-ci, prenant sa place de sujet, déborde ce que sa mère peut anticiper de lui.

Ayant constaté d'une part, l'existence d'une antinomie entre les critères diagnostics du TDAH tels qu'élaborés par le DSM à savoir que les critères concernant l'hyperactivité et l'impulsivité sont du côté de « l'hyper », du trop (l'enfant est présent là où il ne devrait pas être), et ceux concernant l'inattention sont au contraire du côté d'une clinique de l'absence, de la perte (l'enfant n'est pas là, ni où ni quand pourtant il était attendu) ; d'autre part, les enfants TDAH tels que décrits dans le DSM-IV-R (au moins 7 ans), sont déjà entrés dans le langage, ils ont accès au refoulement, mais cependant, affirme Condat (2011), on observe cliniquement que ce refoulement n'est pas au premier plan :

Ces enfants se refusent le plus souvent à parler lors des premiers entretiens, ne demandent rien, pas même ce qu'on leur veut. Quand il s'agit pour eux de se conformer à la Loi, ou encore d'entrer dans les apprentissages, il ne leur est manifestement pas possible de prendre appui sur le refoulement, pas plus semble-t-il sur la sublimation. (P. 40).

Constats qui l'amènent à se demander si ces critères du DSM-IV-R déterminent un fonctionnement psychique spécifique, et donc pour la psychanalyste, le rapport spécifique du

sujet au signifiant. Ainsi, s'inspirant des travaux de Freud (1905) et ceux de Lacan (1975) ci-dessus cités, Condat (2011) envisage ainsi le TDAH comme une manifestation d'îlots de jouissance qui reste jouissance du corps non phallicisée, jouissance de l'Autre (Lacan, 1975) en lien avec une faille dans la mise en place de l'identité subjective (Idéal du Moi) chez l'enfant, et ce, dû à une fragilité symbolique du discours social ambiant. Selon elle, les enfants TDAH n'étant plus en mesure de s'identifier à une place qui serait vide, libre pour eux dans la société, dans leur famille, dans le discours de leurs parents, le TDAH apparaît alors comme une sorte de fixation de l'enfant à une modalité d'éconduction de l'énergie sexuelle dans l'activité musculaire et/ou dans l'absence à soi-même (Freud, 1905). Pour elle, l'enfant n'étant pas en mesure de passer à un autre type d'éconduction tel que la concentration de l'attention, tâche qui est dévolue à la castration qui rend possible le refoulement, interdit l'accès à la jouissance qui est contrainte de suivre un canal phallique, qui comporte en soi l'altérité.

Le but de son étude étant de mettre en évidence un fonctionnement psychique spécifique, un rapport spécifique du sujet au signifiant, Condat (2011) est partie de l'observation clinique d'enfants TDAH et à l'aide d'entrevue structurée d'aide au diagnostic telle que décrit par Shaffer et al. (2000), avec une échelle d'hyperactivité composée de 21 items concernant l'inattention suivis de 22 items qui ciblent l'hyperactivité et l'impulsivité.

L'analyse clinique des critères déterminant le TDAH a ainsi permis à Condat (2011) de mettre en évidence comme point commun entre le registre hyperactivité/impulsivité et le registre déficit de l'attention, l'absence d'acte en tant que tel. « Ni le mouvement incessant, ni les prises de parole intempestives, ni les éventuels objets cassés pas plus que les absences psychiques et l'inattention ne font acte. Ces faits cliniques sont hors sens, hors langage. L'hyperactivité n'est non plus un passage à l'acte » (p. 44).

D'autre part, les travaux de Condat révèlent que l'enfant TDAH se perd dans des îlots de jouissance Autre et, lorsqu'il s'agite, il fait signe, ce qui par définition ne fait pas trace. L'hyperactivité ressort des travaux de cette auteure comme une tentative par le corps de chercher dans l'autre pris comme miroir une image, de retrouver peut-être ce qui a été expérimenté antérieurement lors du stade du miroir : l'enfant, parce qu'il a bougé devant le miroir, y a reconnu sa forme primordiale.

Par ailleurs, Condat (2011) découvre que l'enfant hyperactif est pris dans des jeux de miroir. Dans sa relation aux adultes, cet enfant est dans une quête identificatoire avec un renversement des places : « il parle fort, ordonne, menace, toise, se positionne tel une caricature

de l'adulte en présence » (p. 43). Et en miroir de cette quête, ajoute-t-il, il est comme « téléguidé par le regard de sa mère : elle le précède, elle ne le suit pas, il n'est qu'un mobile dans son regard », reprenant ici les termes de Bergès (2010, p. 56). Selon lui, la mère ne peut pas se laisser déborder par son enfant, qui est dès lors dans l'impossibilité d'anticiper.

Parlant du rapport du TDAH à l'acte, les résultats de Condat (2011) font état de ce qu'il y a absence d'acte. Dans cette perspective, poursuit-il, le mouvement de l'enfant n'est pas à considérer comme un symptôme, puisque hors sens ; si l'enfant y est engagé corporellement, il n'y est pas en tant que sujet. L'hyperactivité ne paraît pas non plus relever d'un passage à l'acte où l'enfant, en position d'objet *a* (Lacan, 1975), viendrait « trouser » le réel. Pour l'enfant hyperactif, le mouvement est souvent seulement tentative de se saisir en image, prenant l'autre comme miroir qui va renvoyer une « image » de ce mouvement, mais il n'y a ni avant ni après, le réel n'en ressort pas troué pour autant, aucune place possible ne s'en dégage.

Selon elle, dans son agitation, l'enfant ne fait que monter une « reprise » de son expérience passée dans le miroir, mais l'image produite, elle-même ne tient pas ; si l'enfant joue avec le manque, se met en scène dans une représentation imaginaire du phallus, la mise en scène ne se soutient d'aucun scénario caché qui serait ainsi révélé au témoin dont le regard est pourtant bien convoqué. Pour elle, le théâtre dont il est question serait un genre de théâtre de l'absurde, où les mots de la fin sont identiques à ceux du début et où l'on se demande si au final il s'est passé quelque chose. L'enfant n'attend d'ailleurs rien de son spectateur dans la réalité, dont les réactions éventuelles vont plutôt le gêner.

Parlant de l'hyperactivité comme tentative par le corps de chercher dans l'autre pris comme miroir une image, Condat (2011) précise que cette tentative, dans la rencontre, de renouveler l'expérience, reste au seuil du langage. Il rejoint ici Athanassiou-Popesco (2004) pour considérer que chez l'enfant hyperactif, « il demeure un secteur qui en lui n'a pas été intégré aux champs des liens normaux, et par conséquent à celui d'un espace en trois dimensions » (p. 67). Pour Condat (2011), les enfants TDAH, bien qu'ils soient passés par la castration, n'ont pas pu, de cette castration, continuer à parler, dans un discours qui se renouvelle et continue de soutenir le rapport au manque dans un ordre symbolique, ce qui rejoint Forget (2010, p. 59) qui pointe comme « l'inactivité symbolique » dans le discours parental.

Partie du constat selon lequel il existe une antinomie, un non-sens qui lie les deux séries de critères diagnostiques du TDAH, plaçant l'hyperactivité et l'impulsivité du côté de « l'hyper », du trop (l'enfant est présent là où il ne devrait pas être) et l'inattention au contraire du côté

d'une clinique de l'absence, de la perte (l'enfant n'est pas là, ni où ni quand pourtant il était attendu), Condat (2011) s'inspirant des travaux de Freud (1905) et ceux de Lacan (1975), postule le TDAH comme une manifestation d'îlots de jouissance qui reste jouissance du corps non phallicisée, jouissance de l'Autre (Idéal du Moi) chez l'enfant, et ce, dû à une fragilité symbolique du discours social ambiant. Elle aboutit alors au résultat selon lequel l'absence d'acte se révèle être le point commun entre les deux grands registres caractéristiques de ce trouble. L'enfant ainsi atteint se perdant dans des îlots de jouissance Autre, et cherchant une identification avec un renversement des places.

1.5. TDAH ET ESTIME DE SOI

Comme le précise Condat (2011), les enfants TDAH souffrent de l'échec et de l'exclusion sociale. Cet échec et ce rejet sont vécus d'autant plus violemment que l'enfant TDAH ne paraît avoir qu'une conscience très partielle de son hyperactivité, de son impulsivité ou de son inattention. Cette conscience se réduit pour lui à ce que les autres en disent, à leurs réactions. S'il souffre le plus souvent de ces réactions, parfois jusqu'à la dépression, s'il peut admettre une responsabilité puisqu'on le lui dit, il ne se sent pas coupable.

Pour Duclos (2021), chaque personne se fait une idée d'elle-même et, au fil de ses expériences, se forge une image qui varie considérablement dans le temps. Cet autoportrait change tout au long de la vie et continue toujours à se modifier, même après 80 ans. Selon le dictionnaire actuel de l'éducation (Legendre, 1993), l'estime de soi est un sentiment favorable, né de la bonne opinion qu'on a de son mérite et de sa valeur. Il la décrit comme la valeur qu'un individu s'accorde globalement ; Duclos (2021) ajoute que cette valeur fait appel à la confiance fondamentale de l'être humain en son efficacité et en ses mérites. Selon lui, la définition la plus complète et la plus nuancée de l'estime de soi se retrouve dans un des livres de Josianne de Saint-Paul (1999, p. 20). Elle est ainsi formulée :

L'estime de soi est l'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain. Une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être aimée et d'être heureuse. L'estime de soi est également fondée sur le sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés

d'apprentissage pour faire face, de façon responsable et efficace, aux événements et aux défis de la vie .

Selon cette définition, l'estime de soi apparaît comme un jugement positif face à soi-même, mais ce qui suppose au préalable une conscience et une connaissance de soi. Elle est la conscience de sa valeur personnelle dans différents domaines. Il s'agit, en quelque sorte, d'un ensemble d'attitudes et de croyances qui permettent de faire face à la réalité et au monde.

Le TDAH, caractérisé par un niveau d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité anormalement élevé pour l'âge de développement, entraîne non seulement une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel, mais est également selon Sürig et Purper-Ouakil (2016) susceptible de modifier la construction de l'estime de soi, du fait de l'exposition de l'enfant à des échecs répétés et à des réactions négatives de son environnement. C'est ce qu'ils cherchent à mettre en exergue à travers leurs travaux dont un des objectifs est de comprendre l'implication du TDAH dans le développement de l'estime de soi de l'enfant ainsi atteint, en s'inspirant des travaux de Harter (1985) sur le concept de soi, de Barber, Grubbs et Cottrell (2005) sur l'estime de soi et le TDAH et ceux de Taylor et Brown (1988) sur le concept de biais illusoire positif chez l'enfant avec TDAH.

Selon l'American Academy of Pediatrics (2000) les symptômes de TDAH sont souvent associés à une faible estime de soi. Barber, Grubbs et Cottrell (2005) mettent en évidence une perception de soi plus faible pour les attitudes comportementales et l'estime de soi globale chez les enfants avec TDAH. Selon eux, du fait de leur agitation et impulsivité, les enfants avec TDAH sont exposés à des attitudes négatives de la part de leurs professeurs, leurs parents et leurs pairs ; ce qui les amène à intégrer de façon durable la représentation qu'ils ont un comportement plus défavorable que les autres enfants. De même, ajoutent-ils, les multiples échecs que ces enfants vivent dans différentes situations sociales les conduisent à percevoir leurs compétences comme plus faibles que celles de leurs pairs. Selon Edbom, Granlund, Lichteistein et Larsson (2008), une relation est observable entre les symptômes de TDAH à l'âge de huit ans et une faible estime de soi à 13 ans.

Cependant, certaines études ne mettent pas en évidence une faible estime de soi chez les enfants avec TDAH. C'est le cas de Bussing, Zima et Perwien (2000) qui ne montrent aucune différence entre les enfants avec ou sans TDAH et de Hoza, Pelham, Dobbs, Owens et Pillow (2002) qui ont décrit une estime de soi plus élevée chez les enfants avec TDAH par rapport à

ceux sans TDAH. Pour ces auteurs, les enfants atteints de TDAH surestiment leurs compétences académiques et leurs capacités sociales à un degré plus élevé que les enfants sans TDAH. Ils rejoignent ainsi Baumeister, Tice et Hutton (1989) qui voyaient déjà en l'enfant TDAH une forte tendance à surestimer ses capacités et ses performances, par rapport aux mesures réelles de ses compétences et des observations des adultes ; phénomène qu'il a appelé Biais Illusoire Positif (BIP).

Selon Taylor et Brown (1988) cités par Sürig et Purper-Ouakil (2016), un BIP modéré est adaptatif car il améliore la motivation, la performance, et la persistance face à une tâche. Chez les enfants atteints de TDAH, il pourrait également avoir un effet tampon à court terme contre la dépression (Vaughn, Delisi, Beaver, 2007). En effet, lorsqu'ils sont confrontés à une tâche difficile, ils évitent des sentiments d'échec en augmentant la perception de leurs compétences (Diener, Milich, 1997). Pour Sürig et Purper-Ouakil (2016), le BIP trouvé chez les enfants atteints de TDAH serait analogue à la surestimation de soi chez les jeunes enfants. Dunning, Johnson, Ehrlinger et Kruger (2003) établissent une relation entre la perception de soi des enfants TDAH et une certaine forme d'anosognosie en lien avec leurs dysfonctionnements exécutifs. Selon eux, ces enfants auraient des difficultés à évaluer leur propre compétence à cause d'une difficulté cognitive altérant leurs capacités d'auto-évaluation.

Quant à l'évolution de l'estime de soi chez les enfants TDAH, Alston et Romney (1992) établissent un parallèle avec l'âge en mettant en exergue une certaine immaturité d'auto observation du petit enfant pour internaliser des images de soi négatives. Selon eux, les très jeunes enfants atteints de TDAH ne connaîtraient pas, en moyenne, d'importants problèmes d'estime de soi, mais le TDAH semble avoir un effet négatif progressif sur le concept de soi des enfants. Pour Brook et Boaz (2005), la durée d'évolution du TDAH pourrait avoir un effet cumulatif négatif. Ainsi selon eux, les adolescents atteints de TDAH pendant l'enfance auraient une faible estime de soi par rapport aux adolescents sans TDAH.

Sürig et Purper-Ouakil (2016) ont établi plusieurs facteurs expliquant le développement de l'estime de soi chez l'enfant avec TDAH : la comorbidité, les relations parent-enfant, les relations sociales et la scolarité. Selon eux, les enfants ayant un TDAH avec comorbidité ont une plus faible estime d'eux-mêmes que ceux ayant un TDAH sans troubles associés. D'autres auteurs tels Graetz, Sawyer et Baghurst (2005) semblent abonder dans le même sens lorsqu'ils déclarent que les enfants avec TDAH inattention prédominante ont plutôt des troubles internalisés et ont une plus faible estime de soi que ceux ayant une présentation

hyperactivité/impulsivité prédominante et des troubles du comportement externalisé. Pour eux, les troubles internalisés constituent des facteurs prédictifs indépendants de faible estime de soi. Selon Treuting, Hinshaw (2001), les enfants avec TDAH et symptômes d'agressivité auraient un concept de soi plus altéré que ceux sans agressivité.

Un autre facteur susceptible d'impacter l'estime de soi chez les enfants TDAH est la relation parent-enfant. Pour Dumas et Pelletier (1999) repris par Sürig et Purper-Ouakil (2016), les enfants avec TDAH ont des difficultés à accéder à des demandes, à inhiber des réponses impulsives et sont moins sensibles aux demandes des parents par rapport aux enfants sans TDAH. Selon eux, les symptômes de ce trouble sont susceptibles de susciter un sentiment de compétence parentale inefficace ou négative chez les parents. Ce qui fait qu'un style parental plus autoritaire peut se mettre en place chez certains parents afin de contrôler les troubles du comportement des enfants atteints de TDAH. Quand l'enfant est critiqué, rejeté et ignoré par le parent, l'estime de soi est influencée négativement. Pour eux, le style parental plus coercitif et moins sensible ainsi que les attitudes négatives et de contrôle affectent l'estime de soi chez les enfants atteints de TDAH (Dewolfe, Byrne & Bawden, 2000). Inversement, ajoutent-ils, les attitudes parentales affectueuses positives ont été directement associées à une estime de soi plus forte chez les enfants avec un TDAH, les parents représentant une source importante de rétroactions positives et négatives pour leurs enfants.

1.6. TDAH ET LES STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE

Pour Brouhoven (2002), la prise en charge du TDAH peut se faire par le médecin généraliste, le psychiatre, le pédopsychiatre, le psychologue, l'orthophoniste, l'enseignant, le pédiatre, le neurologue, le neuropédiatre, le neuropsychologue, le psychothérapeute, le logopède, le psychomotricien. Elle comprend selon Le Heuzey (2009), deux cadres thérapeutiques : la prise en charge des symptômes du TDAH et la prise en charge des comorbidités. La psychoéducation ou guidance parentale, centrée sur les parents, vise à informer, à modifier le mode d'éducation ou d'enseignement, ou encore à adapter ce mode à l'enfant. D'autre part, à démystifier, à éliminer les préjugés liés au trouble : « c'est un mauvais sort », à atténuer la culpabilité des parents et à les amener à mieux s'implication dans la prise en charge de leur enfant et reconnaître les qualités de ce dernier. Bref, elle propose aux parents des stratégies adéquates pour mieux gérer les comportements de leur enfant et apaiser leurs relations avec lui.

Pour Bovet Zaretti (2007), l'information apportée aux parents comprend différents niveaux qui sont à adapter en fonction des questions de la famille, de leur connaissance préalable du trouble et des difficultés auxquelles ils sont confrontés : il peut s'agir déjà d'une information générale sur le TDAH, ses conséquences, les comorbidités associées et les possibilités thérapeutiques. Selon lui, cette information doit être adaptée à l'âge et au profil psychologique de l'enfant, et au degré de prise de conscience du patient, la reconnaissance par l'enfant de son trouble n'étant pas toujours proportionnelle à son niveau du développement intellectuel et cognitif. Pour lui, il s'agit ainsi de donner à l'enfant des informations sur son trouble au moyen de termes appropriés, afin de lui proposer des objectifs précis à atteindre et de le renseigner sur les moyens pour y parvenir.

Les thérapies psychodynamiques quant à elles, centrées sur l'enfant, sont particulièrement indiquées lorsque l'enfant souffre de problèmes émotionnels tels que l'agressivité, l'anxiété, la dépression, etc. De nombreux auteurs psychologues cliniciens ou psychanalystes se sont attachés à restituer leur expérience thérapeutique avec des enfants présentant les symptômes du TDAH. Ces travaux sont pour la plupart des études de cas individuels qui insistent sur la diversité des modalités d'organisation psychique qui sous-tendent une symptomatologie commune et sur la nécessité, du fait de cette diversité, d'adapter les modalités de soin en fonction de ces modalités de fonctionnement. Cette diversité des modalités de fonctionnement, repérable cliniquement, est confortée par les travaux de recherche qui se réfèrent à l'approche psychanalytique.

L'approche médicamenteuse quant à elle est indiquée lorsque les symptômes constituent un handicap pour l'enfant dans son apprentissage scolaire et/ou ses relations sociales. Ce sont des stimulants cérébraux qui activent la sécrétion des neurotransmetteurs comme la dopamine et la noradrénaline. Il s'agit précisément du méthylphénidate (Ritaline, Concerta) et de l'Atomoxétine (Strattera) et la Dexédrine utilisée avec les tous petits d'âge préscolaire). Ces médicaments ne soignent pas, mais améliorent l'attention et diminuent l'hyperactivité, l'agitation et l'impulsivité. Toutefois, un certain nombre d'éléments sont à prendre en compte : l'âge de l'enfant, une bonne évaluation médicale et psychologique, la Sévérité du TDAH, l'attitude des parents face à la médication, l'opinion du jeune à propos de la médication, la présence d'anxiété, de craintes ou de plaintes psychosomatiques chez le jeune, la présence de toxicomanie dans le milieu familial. L'avantage avec la médication est qu'elle est ajustée au métabolisme de la personne qui en prend, malgré la perte d'appétit, les nausées et les maux de tête qu'elle peut engendrer chez certains.

En revanche, la médication ne donne pas une bonne éducation, ne rattrape pas les lacunes scolaires, ne contrôlent pas les émotions, encore moins motiver l'enfant. Ce qui fait qu'une association de ces modalités (approche intégrative) de prise en charge serait indispensable si on veut une nette amélioration des symptômes de TDAH. D'après le National Institute for Health and Clinical Excellence ([NICE], 2006) les psychostimulants sont proposés pour améliorer les symptômes d'hyperactivité chez l'enfant (d'après une première étude réalisée par Bradley en 1937) depuis plus de 70 ans. Les traitements à libération immédiate sont quant à eux disponibles depuis 1955 aux Etats-Unis. Depuis le milieu des années 90, le niveau de prescription des traitements pharmacologiques pour le TDAH a augmenté de manière considérable au Royaume-Uni, cette période correspondant à la mise à disponibilité de formes à libération prolongée de méthylphénidate (MPH) et de l'atomoxétine (non-stimulant) (NICE, 2006).

Dans l'optique de faciliter la prise en charge des enfants avec un trouble externalisé du comportement, Roskam (2021) résume les stratégies de prise en charge en trois principaux principes à savoir cibler les facteurs de risque à traiter, prendre soin de l'enfant et du parent et enfin, former une équipe (l'importance d'un tiers).

1.6.1. Premier principe : cibler les facteurs de risque à traiter

Le traitement des troubles du comportement externalisé en général et du TDAH en particulier s'appuie sur le modèle de l'étiologie que Roskam (2021) a représenté comme un iceberg. Selon elle, pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements externalisés, il faut traiter les facteurs de risque identifiés dans la partie immergée de l'iceberg. Chez les enfants TDAH qui présentent des troubles du comportement intenses et fréquents et donc chez ceux qui consultent, on peut souvent identifier au moins trois facteurs de risque. Il ne serait pas bénéfique ni pour l'enfant ni pour sa famille qu'on organise en même temps des prises en charge avec un orthophoniste, un psychologue, un psychomotricien, un neuropsychologue, etc. Il faut se rappeler que tout traitement a un coût non seulement financier, mais aussi physique et émotionnel.

Au niveau financier, les traitements ne sont pas remboursés. Au niveau physique, les traitements engendrent de la fatigue pour l'enfant et pour ses proches qui doivent s'organiser, organiser leur emploi de temps pour l'accompagner en consultation. Au niveau émotionnel, les traitements impliquent des changements comportementaux, des ajustements relationnels et systémiques entre l'enfant et ses parents, dans la fratrie et entre les deux parents. Et souvent

aussi des ajustements dans la relation entre la famille et l'école. Il est donc nécessaire de mettre des priorités et de ne pas surcharger l'enfant et son entourage. Alors, comment cibler les facteurs de risque à traiter en priorité ?

Voici une série de critères pratiques que Roskam (2021) propose pour aider concrètement à sélectionner les facteurs de risque à traiter en priorité :

- Il faut tout d'abord cibler en priorité les facteurs de risque qui sont appropriés à l'âge de développement de l'enfant. De manière générale, on cherchera toujours à maximiser les effets du traitement en intervenant sur les facteurs de risque pendant les périodes sensibles de développement.
- Traiter en priorité les facteurs de risque malléables et contrôlables. Les pratiques éducatives parentales sont en principe malléables en ce sens que des méthodes d'intervention ont fait leur preuve. Et ce n'est pas pour autant que ces pratiques sont contrôlables dans tous les cas. Si les parents ne sont pas partie prenante et refusent de s'impliquer dans le traitement, il ne sera pas possible de cibler ce facteur de risque spécifiquement. nous avons rencontré pas mal de parents dans cette situation. Ils considéraient que c'était l'enfant qui avait des problèmes et pas eux. Ils étaient donc très réticents à participer à une intervention. La bonne nouvelle c'est que l'iceberg comporte toujours plus qu'un facteur de risque et qu'il est alors possible d'entamer le traitement par une autre voie d'entrée.
- Entre plusieurs facteurs de risque, il faut donner la priorité à des facteurs qui ont le plus direct et donc le plus proximal. Par exemple, la coparentalité, c'est-à-dire la manière dont les parents s'entendent sur les valeurs éducatives et se soutiennent mutuellement dans l'éducation de l'enfant est un facteur important. Mais son effet sur les comportements externalisés est moins direct que l'effet des pratiques éducatives ou du langage par exemple.
- Étant donné le coût financier, physique et émotionnel des traitements, nous privilégions les facteurs de risque qui ont le meilleur rapport coût-bénéfice. On sait que le traitement de certains facteurs de risque donnera des résultats plus immédiats. Par exemple, le traitement de l'attachement demande beaucoup plus de temps que le traitement du fonctionnement exécutif. Il requiert un travail émotionnel en profondeur qui implique l'enfant et ses proches. Le coût peut donc être très élevé et la durée du traitement très longue. Avant que des changements ne soient tangibles, par comparaison avec l'assimilation des capacités d'inhibition par exemple. Or, il est

important de soulager l'enfant et sa famille aussi rapidement que possible et aussi efficacement que possible. Rien n'empêche ensuite si ça s'avère encore nécessaire d'entreprendre le traitement d'autres facteurs de risque plus coûteux, plus en profondeur.

- Parmi les facteurs nous privilégions les facteurs de risque qui ont un effet domino. Leur amélioration a de bonnes chances d'entraîner l'amélioration d'autres facteurs. Par exemple, augmenter le sentiment de compétence parental permet souvent d'augmenter la fréquence des attitudes chaleureuses envers l'enfant. L'effet domino peut varier d'une situation à l'autre. C'est l'histoire de l'enfant qui nous informe des cascades de développement auxquelles on peut s'attendre. Cet effet domino est intéressant car il permet de maximiser les effets d'un traitement tout en limitant le spectre de l'intervention.

1.6.2. Deuxième principe : prendre soins de l'enfant et du parent

Lorsqu'on rencontre un enfant avec des troubles du comportement externalisé, il semble évident que le traitement implique d'accompagner l'enfant, mais aussi ses parents, surtout si l'enfant est très jeune (Roskam, 2021). On sait qu'une diminution de la fréquence et de l'intensité des comportements externalisés ne peut se faire sans un certain engagement de la part des parents. Mais à quelles fins travaillons-nous avec les parents, si ce n'est pour recueillir des informations utiles au diagnostic et à la prise en charge de l'enfant, pour améliorer leur pratique éducative afin qu'elle ne constitue plus un facteur de risque ou bien nous voulons que les parents s'inspirent de notre pratique professionnelle et prolongent ainsi des effets thérapeutiques à la maison. C'est notamment ce qui se fait dans des ateliers pour parents d'enfant hyperactif quand on leur enseigne comment accompagner l'enfant lors de leur devoir, comment favoriser son attention en supprimant les distracteurs inutiles ou en fractionnant le temps en plus petites périodes de travail.

Selon elle, si on travaille avec des parents dans cette optique, on risque de les instrumentaliser au seul bénéfice de l'enfant, le parent étant accompagné pas pour lui-même, pas pour son bien-être en tant que père ou mère. Ce qui nous intéresse, c'est l'amélioration des comportements de l'enfant. Or, il ne faut jamais oublier qu'être parent d'un enfant qui externalise son comportement est stressant et épuisant. Les enfants TDAH sont des dévoreurs d'énergie et ils le restent pendant de longues années. Ils sont aussi souvent de sources de conflits dans le couple parental et dans la fratrie. Pour les parents, il y a donc un coût émotionnel à la

fois chronique et très élevé, qu'il ne faut pas négliger. Il n'est pas rare que leur jauge d'énergie soit à un niveau très bas. S'il reste 20% de sa capacité alors il faut utiliser cette énergie restante avec prudence et bonne escient.

Quand on demande à un parent de prendre une posture presque thérapeutique à la maison et/ou de modifier en profondeur ses propres pratiques éducatives, on leur demande beaucoup et parfois trop. Le risque est que ces parents s'épuisent, se désengagent et s'effondrent. En tant que soignant, éducateur ou pédagogue, ce n'est évidemment pas ce que nous cherchons. Et c'est pourtant un risque dont nous ne sommes pas toujours conscients parce que nous nous centrons exclusivement sur le besoin, l'adaptation et le bien-être de l'enfant. Mais le parent est une personne aussi et chaque parent mérite notre bienveillance au même titre que l'enfant. En outre, l'enfant a besoin que ses parents restent à ses côtés. Et nous avons besoin des parents pour accompagner l'enfant. Il est donc primordial de prendre soin de l'enfant et du parent qui forment une dyade indissociable.

Roskam (2021) utilise volontiers la métaphore du masque à oxygène dans les avions. Selon elles, lorsque le personnel de bord donne les consignes, il vous sera demandé si vous voyagez avec un enfant de commencer par mettre un masque sur votre visage et dans un second temps de placer un masque sur le visage de l'enfant. Car si vous ne pouvez plus respirer, eh bien vous ne serez pas en mesure d'aider votre enfant. Il en va de même ici. Si le parent manque complètement d'énergie, il ne pourra plus être présent pour son enfant. À nous donc d'être vigilants. On ne soigne pas les besoins d'un enfant au détriment des besoins de ses parents.

Roskam (2021) attire l'attention des spécialistes sur l'origine culturelle des parents et sur la manière dont ceux-ci comprennent les difficultés comportementales de leur enfant ; à quoi ils les attribuent ; quels étaient leurs facteurs étiologiques. Ce sont de bons exemples d'attitudes qu'ils prennent soin des parents comme de l'enfant. En n'imposant pas notre modèle étiologique comme étant leur seule vérité possible, nous évitons de fragiliser l'entourage de l'enfant. Nous avons aussi insisté sur l'importance de relativiser la croyance du déterminisme parental. Le parent joue un rôle important dans le développement de l'enfant mais il y a bien d'autres facteurs à l'œuvre.

1.6.3. Troisième principe : former une équipe (l'importance des tiers)

Beaucoup de parents dont les enfants présentent les troubles du comportement, et donc le TDAH, ont tendance à s'isoler. Roskam (2021) trouve plusieurs raisons à cela. Tout d'abord,

la croyance très forte du déterminisme parental amène l'entourage à penser qu'ils éduquent mal leur enfant. Le regard et le jugement des autres est souvent difficile à supporter. Alors pour éviter les critiques, ils restent chez eux à l'abri des regards et de ces jugements. Ensuite, gérer un enfant qui externalise son comportement n'est ni simple ni de tout repos : aller chez des amis, participer à des réunions de famille, aller au restaurant, faire une sortie en compagnie de l'enfant, c'est beaucoup de stress. Les parents savent qu'ils auront à le surveiller en permanence, à gérer son agitation ou de potentielles crises. Et puis certaines pratiques éducatives que les parents utilisent à la maison pour canaliser l'enfant, comme la mise à l'écart, ne sont pas toujours transposables dans d'autres lieux. Enfin, les enfants qui sont dans la provocation profitent parfois d'être en présence d'autres personnes pour externaliser encore plus leur comportement parce que, exposés au regard d'autrui, les parents se trouvent en situation de faiblesse.

En plus, cet isolement, le fait que les parents évaluent les comportements de l'enfant de manière différente de l'enseignant ou d'autres professionnels, induit l'incompréhension mutuelle entre les adultes qui s'occupent de l'enfant. Par exemple, les enseignants considèrent que les parents minimisent les problèmes de leur enfant. De leur côté, les parents pensent que l'enseignant a pris leur enfant en griffe. Ou, à l'inverse, les parents sont terriblement inquiets du comportement de leur enfant et le professionnel à qui ils expliquent la situation normalise en disant que tous les enfants de cet âge ont tendance à agir comme cela. Or, l'isolement et le désaccord autour de l'enfant n'aident pas. On sait au contraire qu'une manière d'optimiser le traitement, c'est de s'assurer que les outils utilisés, les attitudes éducatives, les demandes adressées à l'enfant soient cohérentes entre tous les milieux de développement. Par exemple, si les outils sont utilisés pour favoriser l'attention de l'enfant, leur efficacité sera meilleure s'ils sont utilisés à l'école et à la maison. Si des demandes d'autonomie sont faites à l'enfant au moment du coucher, elles seront plus efficaces si le père et la mère les adressent tous deux à l'enfant ; si le visiteur et les grands-parents en font de même.

Former une équipe autour de l'enfant TDAH, c'est aussi l'entourer de tiers qui forment une sorte de cordon de sécurité pour contenir les débordements comportementaux qu'il ne parvient pas à réguler et qui entravent son fonctionnement familial, scolaire et social. La fonction de tiers, c'est de valider le cadre et les limites de ce cadre. Cette mise en sécurité par la présence d'adultes fermes et bienveillants autour de l'enfant, est fondamentale pour les enfants qui externalisent leurs comportements.

Plus les personnes qui entourent l'enfant, seront d'accord sur les difficultés de l'enfant, le cadre à lui proposer et les moyens à mettre en œuvre, et plus l'enfant répétera les expériences cohérentes de sécurité, et plus les comportements externalisés vont diminuer en fréquence et en intensité. Le tiers qui valide le cadre, c'est par exemple la mère qui arrive à la maison, trouve l'enfant puni par son père pour avoir tiré les cheveux de sa sœur, et s'adresse à l'enfant en disant que faire du mal à autrui est inacceptable et que la punition est là pour lui rappeler qu'il a franchi une limite que ni elle ni son père ne tolère.

En conclusion, l'on peut retenir que l'origine du TDAH, tout comme tous les troubles externalisés, est multifactorielle. Cela signifie qu'un seul facteur de risque ne peut engendrer de facto et à lui seul ce trouble du comportement intense ou fréquent qui va faire l'objet d'un diagnostic ou d'un traitement. Par ailleurs, plusieurs facteurs de risque peuvent coexister chez un enfant TDAH et toutes les combinaisons sont possibles. Pour comprendre ce qui se passe chez chaque enfant et le prendre en charge, Roskam (2021) recommande de prendre en compte trois principes généraux à savoir cibler les facteurs de risque à traiter, prendre soin de l'enfant et du parent et enfin, former une équipe multidisciplinaire.

CHAPITRE 2 : INSTITUTIONS THERAPEUTIQUES

Ce chapitre traite de l'institution thérapeutique comme lieu d'expression des manquements qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH. Elle débute par la définition du concept d'institution comme système culturel, système symbolique, système imaginaire, mais aussi comme formation de la culture et de la société et enfin comme formation et processus hétérogène. L'institution thérapeutique met en exergue ses caractéristiques, son mode de fonctionnement et la réalité psychique groupale.

2. 1. CONCEPT D'INSTITUTION

Étymologiquement, « institution » vient de « institutio » et désigne l'action par laquelle on institue, on établit. Ce concept s'utilise le plus souvent en lieu et place des organismes, des entreprises, des lois mises sur pieds par les individus pour le bien-être de tous, des manières dont les politiques dans un pays ont été structurées. Toute entreprise, tout établissement a un but à atteindre, ce qui fait sa particularité. Les institutions jouent trois grands rôles à savoir la justice religieuse, la défense et l'attaque, la production et la reproduction. Penser l'institution exige de tout individu qu'il renonce à son égocentrisme et se considère désormais comme appartenant à un groupe dans lequel son intérêt sera secondaire à celui du groupe. Il s'agit d'une sorte de rupture avec soi-même au bénéfice de l'ensemble (Kaës, 2019).

Enriquez (2019) présente l'institution comme un lieu pacifié, traduisant un mode de fonctionnement encadré par des principes qui servent de règles, de modèles que chaque individu doit s'approprier et qui doivent les amener à s'engager dans des actions communes. Elle joue un rôle essentiel dans la régulation sociale globale et s'intéresse aux relations humaines ainsi que sur les bases symboliques et imaginaires qui les sous-tendent. C'est le cas de la famille, l'église, l'état, l'école et les hôpitaux. Selon lui, toute institution pose le problème de l'autre. L'autre comme sujet qui pense librement, qui doit se faire accepter et qui ne dépend pas des autres sujets avec lesquels il entretient un certain nombre de relations tant affectives qu'intellectuelles. Dans toute institution peut se cotoyer à la fois les pulsions de vie qui unissent les êtres vivants les uns aux autres (Freud, 1929) et qui favorisent de chacun en son prochain. Présence qui risque voiler l'action illégitime des forces du mal (pulsions de mort) dans la formation de ces liens. D'où son aspect délétère.

Une institution a pour fonction d'incarner le bien commun, favoriser l'expression des forces de liaison et de déliaison, pourvu qu'elles soient transformées en aspirations consenties et reconnues comme telles par la société, faciliter l'expression des désirs et des identifications imaginaires. Ces derniers étant au service de l'institution, favorisant l'apparition des représentations symboliques qui ont pour rôle de rendre unie l'institution et de maintenir ainsi son emprise de manière consciente et inconsciente sur les individus qui s'y trouvent. Se faisant, elle ne peut étouffer la manifestation de la violence fondamentale d'où elle tire sa source : la violence est à l'institution ce que le besoin est à la pulsion. Selon Enriquez (2000), toute institution est à l'image de Dieu. Elle est un outil de contrôle social global et se présente comme un ensemble culturel, symbolique et imaginaire.

2.1.1. Institution comme système culturel

Selon Enriquez (2019), toute institution s'offre une culture, entendue ici comme un ensemble de valeurs et de normes, un ensemble d'idées et d'actes qui doivent réguler le comportement des usagers qui s'y trouvent ou qui en ont fait la demande. Ces règles, ces valeurs, ces normes fixent les balises qui orientent le fonctionnement des individus au sein de l'institution, à travers des réunions institutionnelles, des résolutions de conflits, des rassemblements de groupes d'individus. Elles se consolident en une certaine manière de vivre, en des attributs, en des perspectives, en des attitudes, des modes de pensée et d'acte, des traditions observées ayant pour finalité d'encourager la mise sur pieds d'une œuvre commune. Pour lui, les institutions développent des processus pour former et socialiser les différentes personnes qui s'y trouvent et qui y jouent un rôle important, dans l'optique que chacun se positionne par rapport à l'idéal du groupe.

Le modèle de socialisation du groupe prôné par l'institution se diffère des bases théoriques sous-jacentes qui forment son squelette structurel mis sur pied pour faciliter son fonctionnement. Le degré de contradiction entre ces différents « moments » de culture pose un problème crucial. Quelle que soit la manière avec laquelle le problème sera résolu, les trois indices culturels, non seulement jouent un rôle prégnant dans la vie institutionnelle, mais sont indispensables à l'établissement et à la permanence de l'institution, car ils sont le garant de l'identité à laquelle aspire tout ensemble social (Enriquez, 2000).

2.1.2. Institution comme système symbolique

Pour Enriquez (2019), toutes les institutions secrètent des mythes identificateurs, instituent des rituels au cours desquels les nouveaux représentants sont initiés, gratifiés ou récompensés. Elles racontent ou inventent une histoire en lieu et place de mémoire collective. Ces mythes, rituels, leaders et récits autour de la création de l'institution ont pour rôle de consolider les apports de chaque membre, de les légitimer et enfin de donner sens à leur pratique. Selon lui, une institution est un objet idéal que chaque membre introjecte tout en lui restant loyal. Elle fixe des contraintes et exige à chaque membre d'être animé par le sentiment d'avoir bien accompli son travail. Si aucune institution ne peut prétendre avoir un système symbolique à la fois rigide et exigeant à l'endroit de ses adhérents, ajoute Enriquez (2019), toutes les institutions poursuivent de manière latente ou manifeste à le construire. Sinon, elles se sentiraient vulnérables. C'est le système symbolique qui donne à l'institution ses assises solides. Les institutions « sans histoires » ont donc leurs mythes, rites et héros, mais n'ont pas besoin de les évoquer constamment.

2.1.3. Institution comme système imaginaire

Pour Enriquez (2019), une institution est un système imaginaire en tant qu'elle tente de traquer ses membres dans leurs ambitions narcissiques et identificatoire, leurs désirs de toute puissance ou de leur demande d'amour, en se faisant fort de pouvoir répondre à leurs demandes dans ce qu'ils ont de plus excessifs et de plus archaïques, identification massive ayant pour but la communion et la fusion amoureuse avec autrui, et de transformer leur fantasme en réalité (illusion proprement mortifère puisque la fonction du fantasme est de rester ce qui ne doit jamais être réalisé et de fournir le soubassement et les éléments créatifs nécessaires à la réflexion et à la volonté transformatrice). Selon lui, l'institution est également imaginaire en tant qu'elle va les assurer de ses capacités à les protéger de la possibilité de vacillement de leur identité, de leurs craintes d'effondrement, de l'angoisse de morcellement réveillée et alimentée par toute vie communautaire, en leur procurant les cuirasses solides du statut et du rôle (constitutives de l'identité sociale) et de l'identité massive de l'institution.

De manière générale, conclut Enriquez (2019), la dimension culturelle permet à chacun d'accéder aux normes et aux valeurs communes ; la dimension symbolique quant à elle fait référence aux mythes véhiculés par tout cadre institutionnel et la dimension imaginaire apparaît comme support narcissique.

2. 2. INSTITUTIONS THÉRAPEUTIQUES

Le concept de « thérapeutique » vient de « thérapie » et qualifie tout ce qui porte l'étendard de « thérapie ». Il renvoie au soin ou la cure préconisée à une personne. Référé à l'enfant TDAH, l'institution thérapeutique renvoie à l'action qui consiste à le retirer de son milieu naturel de vie (famille d'origine) pour le mettre dans un milieu artificiel qui peut être un établissement de rééducation, un centre de prise en charge ou de soins. Contrairement aux autres institutions, à l'instar de la famille, l'école, armée où un élève, un enfant ou un soldat peut devenir respectivement enseignant, père ou général d'armée, l'institution thérapeutique est particulièrement caractérisée par l'asymétrie.

2.2.1. Caractéristiques d'une institution thérapeutique

Le rôle que joue une institution thérapeutique lui confère plusieurs caractéristiques : en tant qu'espace scopique, en tant qu'espace topique et en tant qu'espace de réflexion et en tant qu'espace transitionnel. L'espace scopique met en exergue l'emprise du regard de l'autre dans l'identification et l'affirmation du sujet. En effet, celui qui entre en action est seul, détaché de l'institution par sa parole ; il en est même pour un moment exclu par le regard, il y a une mise en tension entre lui et les autres, mise en tension complétée par « le regard ne se présente à nous que sous la forme d'une étrange contingence symbolique de ce que nous trouvons à l'horizon et comme buté de notre expérience, à savoir le manque constitutif de l'angoisse de castration ». D'un autre côté, il peut y avoir du plaisir et ce plaisir peut en partie soutenir la personne dans son action. Il s'agit d'un plaisir lié à la satisfaction d'être sous un regard qui cerne, faisant du sujet un être regardé, sans qu'on ne le montre. Chacun des membres du groupe est toujours, même contre sa volonté sous le regard de la grande majorité de ses pairs (Dureysseix, 1983). L'espace scopique et le sentiment mêlé et paradoxal qu'il engendre fait franchir le pas vers l'espace topique.

L'institution thérapeutique telle que mentionnée plus haut est un espace de compétition dans lequel chacun défend son moi idéal contre toute attaque extérieure d'un autre Moi ou des lois qui régissent le fonctionnement de l'institution. La fonction topique de l'institution permet de la penser comme un moment de castration symbolique ; interdit de parole pendant que d'autres s'expriment à partir de son expérience, ce qu'il aurait fallu, ce qui n'a pas été fait, ce qui a été mal fait, mal dit, etc. il se profile dans le Surmoi. Le discours des uns et des autres, le plus souvent, ressemble beaucoup plus à un surmoi qui juge, qui met en défaut tant sur le

registre du social que sur celui du pédagogique, qu'à une élaboration préconsciente qui, pourrait accompagner l'évolution de celui qui s'est exprimé (Dureysseix, 1983).

Le cadre (institution thérapeutique) comme espace de réflexion joue un rôle de miroir et de réflexion. Chez Lacan, le stade du miroir permet de concevoir qu'à l'image du corps morcelé, succède l'image du corps propre qui construit à travers l'image spéculaire renvoyée par le miroir. C'est une unité supérieure à chaque individu et à laquelle chaque individu participe. À cette conception du stade du miroir chez Lacan, Dolto ajoute une dimension intersubjective. On comprend avec cette caractéristique du cadre que l'institution thérapeutique est considérée comme ce miroir qui reflète les désirs les plus enfouis des uns et des autres tel un écran de projection qui matérialise les scènes internes des uns et des autres dans le groupe. Pour que la personne soit en mesure de refaire son unité, en mesure d'assumer son image, de reconnaître comme siennes les parts morcelées qui lui ont été renvoyées et ainsi être en mesure de les intégrer, de les reconnaître comme siennes, elle a besoin d'être soutenue par le désir d'un autre de la voir s'assumer, par le désir d'un autre de s'assumer lui-même en tant que sujet (Dureysseix, 1983).

Le terme de superviseur ressort dans ce cas dans la mesure où il assume le rôle de la mère ou un autre vivant qui regarde et qui voit l'enfant s'est reflété dans le miroir, assurant une place qui lui permette d'assumer l'incongruité de cette image nouvelle, l'accueillant dans celle-ci, lui permettant dans cet accueil de se constituer comme différent d'elle. Cette fonction du miroir permet la réflexion entendue comme un travail de la pensée, surtout une nécessité d'arrêter la pensée pour porter de l'attention sur « l'objet » de la réflexion. Il s'agit pour ce qui est de l'institution thérapeutique, d'investir de l'attention sur celle-ci, pour la cerner. Elle permet d'éviter la hâte, la précipitation qui renvoie beaucoup plus vite qu'on ne le pense, qu'on ne le veut, sur les schémas de répétition, les histoires de jouissance, bref dans les ornières inconnues et même celles connues où l'on retombe souvent même à vouloir s'en séparer (Dureysseix, 1983).

Si l'on veut préserver son sens, faire partie dans la dynamique des « temps logiques » lacaniens, du temps premier, le temps pour voir au travers de la pluralité des expressions, il doit s'opérer un travail de complexification de la situation exposée, un travail d'exploration, de découverte, d'enrichissement. C'est un travail dans lequel il n'y a pas de choix à faire, mais qui engage toutefois forcément la remise en question, la reconsidération de ce qui pouvait être tenu

pour acquis. Cette position qu'on peut qualifier « d'attention flottante » du psychanalyste peut susciter un espace transitionnel dans le cadre (Nkounkwen, 2021).

L'institution peut représenter un espace transitionnel dans la mesure où, par son intervention plurielle, elle donne la possibilité au sujet de prendre de la distance par rapport à ce qui l'a affecté de la situation qu'il a exposé, d'entendre le jeu possible entre la parole qu'il dépose et celle qui aurait pu être posée. La parole de l'autre décolle le sujet de la sienne, de son histoire, de ses pulsions, de ses répétitions, de ses projections. Elle vient mettre un espace de respiration. Winnicott (1971) ouvre une voie sur la façon de soutenir le désir en supervision et surtout d'aider la personne à soutenir son désir même s'il doit lui faire traverser l'épreuve de la castration. Il s'agit d'un espace paradoxal par essence qui n'est ni dedans ni dehors et pourtant qui n'est pas véritablement entre ; espace où ce qui se joue est à la fois vrai et faux.

Winnicott (1971) définit trois aires d'existence pour l'individu qu'il nomme le dedans, le dehors et l'espace potentiel. C'est cette troisième aire qui est assimilée à un espace transitionnel. Il s'agit d'une aire de médiation entre le dedans et le dehors, une aire où se situent l'expérience culturelle et le jeu créatif. Elle se situe entre le domaine où il n'y a rien sinon, moi, et le domaine où il y a des objets et des phénomènes qui échappent au contrôle omnipotent. Dans ce sens, l'institution thérapeutique serait cet espace potentiel où les tendances narcissiques des sujets rencontrent la réalité sous forme des règles et des lois qui régissent le fonctionnement du système institutionnel. Cet espace subjectif est différent l'un à l'autre car il dépend des expériences de vie vécues par chacun. Parmi ses caractéristiques on peut avoir la relation de confiance que l'enfant a pu instaurer avec sa mère.

A ces propos Winnicott (1971) pense que l'espace potentiel entre le bébé et la mère, entre l'enfant et la famille, entre l'individu et l'institution ou le monde, dépend de l'expérience qui conduit à la confiance. On peut le considérer comme sacré pour l'individu dans la mesure où celui-ci fait dans cet espace même l'expérience de la vie créatrice. Dans le même ordre d'idée, Allione (2005) fait allusion au holding. Pour lui, le groupe, le superviseur par une écoute bienveillante et attentive (mais non attentionnée), mais aussi par leur pensée de la pensée permettent à la personne qu'entendre quelque chose d'elle-même devient audible « entendable » parce que détoxiquée. Allione (2005) le souligne en ces termes : il faut des personnes qui prennent les éléments de tension du bébé pour les lui restituer détoxiqués sous une forme qui soit supportable.

Cette fonction du superviseur ainsi souligné permettra à l'enfant de se développer à partir de ce qui est dit de lui, de ce qui « est mis en récit ». Les éléments de l'espace transitionnel ainsi développés peuvent être résumés dans la citation de Plaut reprise par Winnicott (1971) à savoir que la capacité de former des images et de les réutiliser de façon constructive par la recombinaison en nouveaux schémas, dépend de la capacité qu'a un individu de faire confiance. A l'opposé, l'exploitation de cette aire conduit à une condition pathologique où l'individu est littéralement encombré par d'éléments persécutifs dont il n'arrive pas à se débarrasser.

2.2.1.1. *La rencontre avec l'arbitraire*

Le personnel et les enfants en situation de prise en charge sont des gens qui ont dans leur vie, comme le souligne Aulagnier (1975), rencontré l'arbitraire et non une loi structurante. Ils ont fait l'expérience d'un excès: dans un cas, excès de contacts érotiques, d'amour envahissant, d'attachement englobant, et dans l'autre cas, excès de coups, de haine destructrice, de vœux de mort ou encore plus simplement expression de l'indifférence de leurs parents (de leurs premiers éducateurs), qui les font vivre dans une situation de carence affective insupportable. Ils n'ont donc pas eu la possibilité de se confronter, ni avec des limites et des interdits expliqués et acceptables, et donc structurants, ni avec de l'amour positif (quand bien-même tout amour est ambivalent) favorisant l'autonomie progressive de leur personnalité. Ils n'ont pas été en mesure de vivre un refoulement nécessaire à la constitution d'un sujet vivant qui, ajoute Enriquez (2019), ressortissant à l'ordre de l'interdit et du langage, est toujours le signe que l'instance refoulante a marqué sa présence, son attention et son intérêt affectif vis à vis de celui sur lequel elle intervient. Un tel refoulement, s'il avait lieu, aurait été créateur de culture et de langage et aurait donc ouvert la porte de la sublimation. S'il n'a pas été possible, cela peut être dû au fait que le refoulé n'a pas été mis en place chez les parents eux-mêmes. Ils ne peuvent alors pas se poser comme sujets de la culture, et ils ne peuvent induire qu'un refoulement totalement arbitraire (une violence par excès et non une violence constructive) empêchant la fantasmatisation et l'acheminement du sens.

Enriquez (2019) trouve une autre détermination en cause : l'absence de tout discours de refoulement de la part des premiers éducateurs spécialisés. Les enfants TDAH n'ont pu dans ces conditions que se confronter à la haine et à la répression. Si le refoulement est de l'ordre de l'interdit et du langage, la répression est de l'ordre de la censure et de la violence. Selon lui, le discours de la répression est celui du corps à corps et l'être de la répression (le spécialiste) n'a pour but que de transformer un sujet (l'enfant TDAH) qui pourrait être désirant en un corps à

abattre. Dans un tel cas, aucune structure significative ne peut être constituée. Ce qui est institué par contre, c'est un manque d'espoir associé à une montée des angoisses de mort, c'est une absence de forme, c'est une impossibilité d'accéder au désir et parfois même une haine mortelle du désir.

2.2.1.2. *Les excès d'interdits*

Selon Enriquez (2019), les individus socialement institués, vivant dans l'espace social et ayant fait l'impasse sur leur espace psychique ou l'ayant nourri exclusivement des interdits et des injonctions des valeurs sociétales et parentales, sont morts à eux-mêmes. Car ils sont aussi incapables de se questionner et de douter que de questionner, de transformer le monde dans lequel ils ont à vivre. Ils sont incapables de création. Lorsqu'ils n'ont pas besoin de l'institution thérapeutique, lorsqu'ils n'ont pas éprouvé de failles dans leur carapace, poursuit Enriquez (2019), les spécialistes se contenteront de vivre comme des morts-vivants et de faire payer à leur entourage, à leur famille et aux enfants TDAH, leur état de renoncement pulsionnel érotique. Ils ne pourront qu'exercer leur volonté de contrôle, que faire plier ces enfants sous le poids de leurs exigences, que déverser sur eux leur pulsion agressive. Ils deviendront ainsi bien souvent des êtres *haïssants* et persécuteurs.

2.2.1.3. *Le déficit d'interdits*

Les individus abandonnés à eux-mêmes auxquels les parents n'ont pu servir de référence car ils ont été, vivant eux-mêmes dans une situation de désarroi sinon de détresse psychologique, incapables d'énoncer les interdits structurants, sont pratiquement dépourvus de Surmoi et d'Idéal du Moi (Enriquez, 2019). Si les individus qui ont subi un excès d'interdits sont mus par un sentiment de culpabilité insupportable, ceux-ci par contre, sont inaptes à la culpabilité et au remords. N'ayant subi aucun refoulement, ils fonctionnent sous le registre de la recherche de la satisfaction immédiate. Ils donnent le sentiment "d'êtres" à l'état d'involution, cherchant à satisfaire les demandes du ça, mais impuissants à les intégrer dans un Moi volontaire, car rien ne leur permet de distinguer entre les exigences contradictoires du ça, aucune conscience morale, aucune préoccupation d'un idéal à construire ne leur ayant été proposées. Ils vivent des problèmes d'identité et ne peuvent se situer dans la temporalité qui permet de filtrer les désirs.

Pour eux, rien n'importe, tout est égal, demain n'existe pas, personne n'est responsable de rien, tels sont les éléments constitutifs de leur credo. Thérapeutes, éducateurs et rééducateurs

se demandent comment les aider à se construire une identité, à les rendre capables d'amour, à leur donner envie de travailler, à les faire advenir en tant que sujets responsables de leur vie et comptables de leur temps. En effet, il semble que chez eux la seule envie est le retour à l'état anorganique. Ils souffrent violemment de n'avoir jamais trouvé de points de butée et d'arrimage. Mais ils ne le savent pas. Il faudrait qu'ils apprennent à souffrir, pour passer de la situation d'être en souffrance à des êtres de souffrance, c'est à dire à des êtres capables de penser et d'agir.

2.2.1.4. *Le labyrinthe des interdits*

L'institution thérapeutique exprime une absence d'interdits structurants. Dans d'autres situations, elle multiplie les interdits et les obligations chargés d'arbitraire. Les enfants se trouvent pris dans une série de normes, non hiérarchisées, qui les empêchent d'avoir des points d'appui, d'étayer leur vie sur un socle solide. Ils sont ainsi ballottés d'une norme à l'autre, de normes officielles, à des normes insidieusement évoquées, de normes de solidarité à des normes d'individualisme. Plus l'enfant perd ses repères identificatoires, plus son identité est mise en cause, en pièces, plus il est astreint à des travaux de deuil et à des processus de réorganisation de la personnalité.

Les seules solutions, selon Enriquez (2019), qui sont ouvertes à ces enfants sont alors le choix d'une norme temporaire qui aboutit à la création des personnalités oscillantes. Celles-ci étant caractérisées par la compulsion à l'engagement et au désengagement, par la tendance à être présent où il est attendu et absent où il est attendu sans questionnement radical et sans changement interne. Pour Enriquez (2019), quel que soit le type de souffrance à l'œuvre dans la psyché de ces enfants, ils se présentent comme des individus désadaptés, morcelés, traversés par la pulsion de mort des autres et de la société qu'ils ont intériorisée et qu'ils retournent contre eux-mêmes ou/et contre leur entourage, poussés par une haine de soi et d'autrui et parfois par la disparition en eux de tout désir. Leur état de détresse, dû à leur mode de fonctionnement hyperactif, les amène au bord du chaos dans lequel ils peuvent basculer.

2.2.2. Le fonctionnement des institutions thérapeutiques

Selon Enriquez (2019), les fantasmes et les projets des thérapeutes s'inscrivent dans un fonctionnement institutionnel qui concourt lui-même au déploiement du travail de la mort. Selon lui, l'institution thérapeutique est un lieu où se côtoient différents types de spécialistes qui occupent des statuts et des rôles théoriquement stabilisés et entre lesquels se nouent des relations de pouvoir. Si dans les organisations industrielles, les membres sont conscients de la

nécessité de la coopération et des rapports de force institués qui peuvent déboucher sur des moments de rupture, il n'en est pas de même dans les institutions thérapeutiques.

2.2.1.1. L'idéologie égalitaire

Chaque spécialiste tient dans son domaine un rôle thérapeutique. Il s'agit de prendre en charge l'enfant en difficulté, et chaque membre doit concourir à ce travail commun. Pour Enriquez (2019), la coopération des égaux est donc posée comme une nécessité. Chaque spécialiste peut succomber au désir de penser que les progrès des enfants sont dus uniquement à la technique spécifique qu'il utilise, l'action des autres éducateurs spécialisés ne pouvant que constituer une entrave. Jalousie et rivalité vont se manifester concernant les techniques et concernant la question de qui s'occupe mieux de cet enfant. Selon lui, les institutions tendent à résoudre cette question en créant des séances de régulation d'équipe ayant pour but la résolution des conflits qui pourraient survenir.

2.2.1.2. Le fantôme des premiers fondateurs

Pour Enriquez (2019), au sein de toute institution thérapeutique rôde un fantôme. Celui-ci signifie qu'à l'origine, existait une équipe cohésive, sans problèmes internes et qui savait ce qu'elle voulait, puisqu'elle était mue par un projet cohérent. D'où la montée d'un sentiment de culpabilité chez les nouveaux qui n'arrivent pas à se montrer dignes de tels ancêtres; maintenir le pouvoir des fondateurs, lorsqu'ils sont toujours présents dans l'institution, qui continuent à se présenter et à vouloir être pris comme des pôles idéaux et donc des repères identificatoires ; ne pas remettre en cause le projet initial qui montrerait les failles ou les inconséquences qu'il présentait dès la genèse et qui sont à l'origine des difficultés présentes ; favoriser les histoires, les légendes, les contrevérités, les rumeurs les plus folles attestant d'une part la présence souterraine d'une scène primitive insupportable reproduite avec des ajouts, à caractère dramatique, d'autre part la perpétuation d'une série de "crimes" divers passés sous silence qui, une fois évoqués, apparaissent dérisoires en tant qu'événements mais qui ont servi à donner une allure tragique à l'ensemble de la vie institutionnelle. Tous ces éléments font de l'institution une grande machine qui éprouve les plus grandes difficultés à quitter le lieu de l'origine pour se préoccuper des problèmes quotidiens à résoudre.

2.2.1.3. *L'autonomisation de la vie fantasmatique*

Lorsque le produit des idées, des sentiments, des actes posés par les spécialistes de l'institution n'est pas reconnu comme tel, affirme Enriquez (2019), ceux-ci finissent par vivre une vie fantasmatique autonome et par constituer une enveloppe à la fois protectrice et angoissante qui délivre des injonctions auxquelles il est impossible de ne pas obéir. L'institution devient ainsi un véritable artefact guidant la conduite de ses membres. En conséquence, les spécialistes éprouvent de la culpabilité chaque fois qu'ils sont créatifs, car ils ont le sentiment de transgresser des valeurs sacrées auxquelles ils adhèrent ou dont ils ont peur. Les deux solutions possibles qui s'offrent à eux sont soit l'obéissance à ces injonctions vécues comme leur étant extérieures, soit le contournement des règles, mais sans oser le dire, de peur d'être évalués négativement. Les discours seront alors des discours de travestissement ayant pour effet de placer l'ensemble des praticiens dans une situation de défiance les uns par rapport aux autres, et surtout de placer les patients dans des contradictions insoutenables, ceux-ci percevant bien les contradictions entre les propos et les actes et se sentant englués dans le mensonge généralisé dont les thérapeutes les rendent toujours peu ou prou, complices.

Au terme de cette analyse, nous pouvons retenir, en ce qui concerne le concept d'institution que, contrairement à Aulagnier (1975) qui ne voit ici qu'un cadre permettant à la relation thérapeutique de s'installer, Enriquez (2019) y voit autre chose. L'institution dans son triple composant, culturel, imaginaire et symbolique, apparaît comme mortifère. C'est aussi le cas avec le concept de pulsion de mort que Freud (1920) définit comme favorisant la déliaison, la désorganisation, qui est présenté ici comme structurant pour l'institution par Enriquez (2019). À partir de quels repères peut-on penser ce qui relève des processus psychiques et du fait culturel sans tomber dans le clivage ou la confusion ? Cette question qui se pose dans la compréhension de l'enfant TDAH et à laquelle s'attellent de plus en plus les psychopathologues constituent ici une quant à ce qui articule le psychisme et la culture, le sujet et le collectif.

2. 3. APPROCHES THEORIQUES DE L'INSTITUTION THERAPEUTIQUE

Tout au long de cette rubrique, nous avons évoqué de façon succincte les approches théoriques qui abordent la problématique institutionnelle en nous référant aux travaux de plusieurs auteurs (Freud, Winnicott, Bion, Bleger, Aulagnier, Anzieu et Kaës).

2.3.1. Institution thérapeutique comme formation psychique

L'institution n'est pas seulement une formation sociale et culturelle complexe. En accomplissant ses fonctions correspondantes, elle réalise des fonctions psychiques multiples pour les sujets singuliers, dans leur structure, leur dynamique et leur économie personnelle. Elle mobilise des investissements et des représentations qui contribuent à la régulation endopsychique et qui assurent les bases de l'identification du sujet à l'ensemble social ; elle constitue, comme le souligne Kaës (2019), l'arrière-fond de la vie psychique dans lequel peuvent être déposées et contenues certaines des parties de la psyché qui échappent à la réalité psychique. Jaques (1955) et Menzies (1960), repris par Kaës (2019), ont montré quelles fonctions métadéfensives l'institution pouvait accomplir vis-à-vis des angoisses psychotiques (que pour une part elle mobilise et traite pour sa propre fin).

La vie psychique elle-même suppose l'institution et celle-ci est une partie de notre psyché. Freud (1923) soutient la thèse que l'inconscient est pour une part constitué par la transmission intergénérationnelle des formations et des processus psychiques. Selon (Freud, 1923), la psyché de masse rend compte non seulement de la continuité de la vie psychique, de la transmission des traces, mais de la formation même de l'inconscient :

Quelque forte que soit la répression, écrit-il, une tendance ne disparaît jamais au point de ne pas laisser après elle un substitut quelconque qui, à son tour, devient le point de départ de certaines réactions. Force nous est donc d'admettre qu'il n'y a pas de processus psychique plus ou moins important qu'une génération soit capable de dérober à celle qui la suit. (Freud, 1923, p. 182)

Pour Freud (1923), pour que cette transmission s'effectue, chacun possède dans son inconscient un appareil à signifier/interpréter, à redresser et corriger les déformations que les autres impriment à l'expression de leurs mouvements affectifs. Parallèlement, il montre comment se forme l'institution originaire de la société humaine : mémoire et mémorial du meurtre fondateur, structuration des liens d'appartenance par l'identification au totem, instauration du tabou, transmission du récit par la voie mythique et par l'appareil à interpréter et à signifier les mœurs, les cérémonies, les préceptes et les représentations construites après le meurtre originaire.

Freud (1923), repris par Kaës (2019), va admettre sans justification l'institution comme une donnée primaire de l'identification et de la formation du Moi. Freud ne s'est pas trompé sur ce toujours déjà-là, primaire, c'est-à-dire pour l'inconscient immortel, de l'institution. Il fonde son analyse des rapports entre les identifications et la formation du Moi sur l'étude de deux institutions fondamentales que sont l'Armée et l'Église. Il n'analyse pas telle Armée, ou telle Église, mais la forme permanente et immortelle que prend pour l'inconscient l'Armée ou l'Église. Ces formes institutionnelles prototypiques ne sont pas démontrées, elles sont données. On le sait, poursuit Kaës (2019), car aujourd'hui on le lit plus fréquemment qu'il y a quelques années, le texte de 1920-21 s'ouvre sur cette déclaration qui ne peut être prise pour un simple énoncé de psychanalyse appliquée : « L'opposition de la psychologie individuelle à la psychologie sociale ou psychologie des masses, qui peut nous paraître très significative à première vue, perd beaucoup de son acuité à un examen approfondi.

La psychologie individuelle est, bien sûr, fondée sur l'homme singulier, et elle cherche à savoir par quelles voies celui-ci cherche à obtenir la satisfaction de ses motions pulsionnelles, mais en procédant ainsi, elle ne réussit que rarement, dans des conditions exceptionnelles, à faire abstraction des relations de ce sujet singulier avec les autres individus. Dans la vie psychique du sujet singulier, l'Autre intervient très régulièrement comme modèle, soutien et adversaire et c'est pourquoi la psychologie individuelle est dès le commencement et simultanément une psychologie sociale, en ce sens élargi mais tout à fait justifié » (Freud, 1921, p. 73).

Pour Kaës (2019), la plupart des textes freudiens soulignent le double statut de l'individu. Freud (1914, p. 143) note dans son texte Pour introduire le narcissisme : « L'individu effectivement mène une double existence, en tant qu'il est à lui-même sa propre fin et en tant qu'il est membre d'une chaîne à laquelle il est assujetti sinon contre sa volonté du moins sans la participation de celle-ci ». Il a montré constamment, dans ce texte et dans d'autres, que ces deux statuts communiquent : le narcissisme primaire s'appuie sur le narcissisme de la chaîne familiale, intergénérationnelle, institutionnelle (narcissisme de la petite différence). La question de l'étaillage est ici centrale, du double étaillage de la réalité psychique sur ses deux bordures, corporelle et institutionnelle. Comme l'autre, l'institution précède l'individu singulier et l'introduit à l'ordre de sa subjectivité en prédisposant les structures de la symbolisation : par la présentation de la loi, par l'introduction au langage articulé, par la disposition et les procédures d'acquisition des repères identificatoires.

La prise en considération de l'espace psychique propre à la vie institutionnelle. Pour accomplir ses fonctions spécifiques, non psychiques, affirme Kaës (2019), l'institution doit mobiliser des formations et des processus psychiques, et notamment ceux qu'elle contribue à former ou qu'elle reçoit en dépôt seront sollicités tout particulièrement. Selon lui, des formations psychiques originales sont produites et entretenues par la vie institutionnelle à ses propres fins : cela signifie qu'il s'agit de formations correspondant à la double nécessité de l'institution et des sujets qui en sont partie et constituante et prenante. Pour lui, ces formations originales, mixtes, n'ont pas nécessairement le statut de formations composites ou de formations de compromis, bien qu'elles puissent prendre cette valeur dans la dynamique et dans l'économie psychique partagée et commune qu'exige et que gère le fait institutionnel.

Ces formations constituent la possibilité des espaces psychiques communs et partagés. Elles supposent la construction, l'utilisation où l'aménagement d'un appareil psychique de liaison, de transmission et de transformation dont Kaës (2019) a élaboré le prototype dans le concept d'appareil psychique groupal (ou du groupement). Ce concept d'appareil psychique du groupement permet de penser l'agencement spécifique de la réalité psychique dans le rapport du sujet singulier à l'ensemble intersubjectif auquel il prend part et donne consistance. Deux niveaux logiques s'organisent dès lors, que l'analyse doit prendre en considération et dont elle doit rendre compte : celui de la réalité psychique du sujet singulier et celui de la réalité psychique émergente comme effet de groupement. Les formations originales qui se produisent dans ce rapport, et qu'une approche différentielle devant permettre de caractériser selon qu'il s'agit du groupement de familiers, du groupement d'étrangers ou de l'institution, ont toutes comme trait spécifique qu'elles articulent les espaces et les logiques en partie hétérogènes : ceux qui régissent la réalité psychique du sujet singulier et la réalité psychique produite par l'ensemble.

Ce que Kaës (2019) appelle appareil psychique du groupement, alliances inconscientes et chaîne associative groupale sont des constructions destinées à rendre compte de cette organisation spécifique des formations et des processus psychiques inconscients mobilisés dans la production du lien et du sens. De telles formations assurent l'articulation entre l'économie, la dynamique et la topique du sujet singulier d'un côté, et de l'autre l'économie, la dynamique et la topique psychiques formées pour et par l'ensemble. Freud (1914) lui-même l'avait souligné à maintes reprises, dans le texte sur le narcissisme : la conception qu'il propose de l'idéal du Moi est précisément celle d'une de ces formations intermédiaires ou bifaces qui retiennent notre attention. Il écrit : « L'Idéal du Moi ouvre d'importantes perspectives pour la compréhension

de la psychologie des foules. En plus de son aspect individuel, cet Idéal a un aspect social : il est l'idéal qui réunit une famille, une classe, une nation ».

Kaës (2019) précise que la perspective qu'il trace n'oppose pas par principe l'individu et l'institution (ou le groupe), comme l'élément et l'ensemble. Elle vise plutôt à en rechercher les articulations dans les espaces psychiques et à y repérer les effets de l'inconscient. Ceci revient à ne pas localiser l'inconscient dans le seul espace du sujet singulier, mais dans les lieux liminaux où se produisent les passages constitutifs de la réalité psychique.

2.3.2. Institution thérapeutique comme espace transitionnel

Les propositions théoriques de Winnicott (1969) quant à la relation mère-enfant ont pour origine ou point de départ l'indifférenciation Moi, non-Moi dans laquelle l'enfant se trouve au début de la vie. Pour qu'il advienne comme individu, il doit bénéficier des soins et de l'attention d'un environnement suffisamment bon ou contenant, un environnement sensible à ses demandes et qui y répond de façon adéquate. Winnicott (1956) identifie la mère comme étant le tout premier environnement de l'enfant. Du fait qu'elle se trouve dans un état d'hypersensibilité, elle est mêlée à son bébé en une structure unique de sorte que le centre de gravité de celui-ci se situe dans la structure environnement- individu. Dans cette logique, la mère s'adapte de manière quasi-parfaite aux besoins du bébé. Ce qui favorise son épanouissement.

Partant de ce constat, Winnicott (1956) estime que le dévouement inconditionnel de la mère à son enfant est un phénomène crucial qui suscite ou cultive l'illusion initiale de toute puissance chez ce dernier. C'est-à-dire la conviction du bébé qu'il est le créateur et contrôleur de ce qu'il trouve notamment le sein. Concrètement, l'illusion consiste pour le bébé à croire que la mère, le sein est une partie de lui-même. Cette illusion favorise la possession et l'établissement de relations affectueuses avec les objets. Selon lui, la mère doit secondairement inscrire l'enfant dans un processus de désillusion. A cet effet, elle doit diminuer l'adaptation aux besoins de l'enfant. Cette démarche instaure la rupture et situe les partenaires de la dyade sur une aire transitionnelle.

Selon Winnicott (1969), l'aire transitionnelle fait référence à un espace intermédiaire entre le subjectif et l'objectif dans lequel l'enfant utilise un objet particulier pour contrecarrer une angoisse dépressive. Autrement dit, cet objet est à mi- chemin entre l'enfant et une autre personne (la mère) ; il s'en sert pour se représenter une présence rassurante ou encore se reconforter de la rupture. Dans les échanges quotidiens, la créativité de l'enfant se manifeste à

travers le jeu. Il apparaît comme une réponse aux distorsions ou ruptures que subit le lien. Bref, il assure la continuité du lien (et perd son importance lorsque l'objet total/ maternel est intériorisé). A partir de ce phénomène transitionnel, l'enfant parvient ainsi à se différencier de l'objet et de lui attribuer une existence autonome. La différenciation Moi non-Moi représente donc la tâche de développement de l'aire transitionnelle donc le maintien du lien fusionnel du couple mère- enfant est le précurseur.

2.3.3. Institution thérapeutique comme fonction alpha

Bion (1961) a orienté ses travaux sur l'observation de la relation objectale et la pratique des thérapies de groupe. Les données issues de ses investigations lui ont permis d'élaborer sa théorie sur l'origine de la pensée et ses déterminants en rupture avec l'approche freudienne du sujet particulier marquée par la scission du lien mère-enfant à la naissance. Son principe s'énonce comme suit : une suffisante capacité à tolérer la frustration (facteur inné), associée à une aptitude de la mère à la rêverie (facteur externe) conditionne le développement des mécanismes et de l'appareil à penser. Il implique après la naissance, la continuité du lien entre les partenaires au-delà des réponses apportées aux besoins alimentaires. Pour lui, la dyade se situe dans le cadre d'une relation contenant-contenu faisant reposer sur la mère une fonction primordiale de psychisation du réel ou de réorganisation du vécu en réponse au chaos que vit l'enfant.

À la naissance, le bébé est dépourvu d'appareil psychique élaboré pour traiter les sensations et émotions qui l'envahissent. Il ne possède que des pensées-actes ou protopensées originelles faites de choses en soi qui détruisent sa capacité d'établir les liens. Ces protopensées sont de l'ordre du chaos ou de la mort (sentiment de dépression, culpabilité, persécution, etc.). Ils forment une barrière d'éléments clivés, caractérisée par l'indifférenciation des pensées et l'incapacité à les traiter ou élaborer. Pendant les interactions avec l'environnement maternel, l'appareil à penser du bébé se structure progressivement en s'appuyant sur celui de sa mère. Celle-ci introduit ou transfère initialement les éléments alpha dans le psychisme de l'enfant grâce à la fonction alpha. Autrement dit, la capacité de rêverie maternelle lui permet de modifier les projections toxiques du bébé et les renvoyer sous une forme d'éléments alpha plus digeste favorisant la pensée. Ainsi, la fonction alpha apparaît comme une fonction primordiale centrée sur la transformation des éléments beta en contenus psychiques qui permettent à l'enfant d'enregistrer, de métaboliser et d'exprimer ses expériences (Bion, 1961).

Du point de vue de Bion (1961, 1962), en plus de sa fonction nourricière, la mère joue un rôle organisateur, elle constitue un contenant qui accueille et adoucie les vécus désagréables du bébé afin qu'il les réintrojecte sous forme d'éléments alpha. Ces derniers désignent des éléments qui appréhendent et métabolisent positivement la vivance émotionnelle ou élément béta afin de décharger l'enfant de l'excès de stimuli qui l'accable. Il s'agit des modèles sonores, olfactifs, visuels permettant au sujet de se représenter ses propres contenus psychiques. Soient les souvenirs, les refoulements, etc. qui serviront à former la pensée onirique, les rêves et souvenirs. Leurs ensemble forme la barrière de contact, membrane semi-perméable qui régule le contact normal avec la réalité dans la mesure où elles empêchent les fantasmes et stimuli internes d'endommager la rencontre avec la réalité extérieure et réciproquement. L'enfant s'approprie secondairement de la fonction alpha pour réguler son propre fonctionnement. Dans cette dynamique, la barrière d'éléments alpha rend l'acquisition de la pensée possible en ce sens qu'elle favorise les distinctions de base y relatives. Par exemple, organiser les éléments psychiques en distinguant affects/représentations, dedans/dehors, etc.

2.3.4. Institution thérapeutique comme cadre thérapeutique

2.3.4.1 Le point de vue de Bleger

La place du cadre dans la compréhension des comportements en situation analytique est au cœur des problématiques psychanalytiques. S'inspirant des travaux de Winnicott (1956) qui définit le cadre, « setting », de Klein (1967) et de Jaques (1955) Bleger (1979) se rend compte que tous ces auteurs, bien qu'ils abordent le cadre ne le font que lorsqu'il fait problème, lorsqu'il y'a « attaque » du cadre. Personne ne s'étant jusqu'ici intéressé au cadre comme problème, c'est-à-dire aux analyses lorsque le cadre ne fait pas problème. A la question de savoir ce que signifie le cadre lorsqu'il est maintenu, Bleger (1979) postule la situation psychanalytique comme un ensemble de phénomènes qui se mettent en place lors de la rencontre thérapeute-patient.

Pour lui, le cadre est un ensemble de constantes à l'intérieur desquelles les processus ont lieu. Il inclut ainsi dans le cadre psychanalytique : le rôle de l'analyste, l'ensemble des facteurs affectant l'espace et le temps, et la part de la technique y compris les problèmes afférents aux horaires, la ponctualité, le paiement, les interruptions, etc. Selon lui, le cadre se réfère à une stratégie plutôt qu'à une technique. Bleger (1979) pose ainsi le problème de la symbiose qui est « muette » et n'apparaît que lorsqu'il y a rupture ou menace de rupture dans le cadre. Le but étant d'examiner sa signification psychanalytique lorsque des conditions « idéalement normales

» sont maintenues. En d'autres termes, examiner la signification psychanalytique du cadre dans l'analyse « idéale », lorsqu'il est normal, lorsqu'il ne fait pas problème, lorsqu'il se maintient, lorsqu'il demeure un ensemble de constantes et non pas lorsqu'il se rompt, lorsqu'il s'est transformé en variables : attaque du lien.

Parlant de l'institution, Bleger (1979) découvre qu'elle est une institution à l'intérieur des limites de laquelle se produisent certains comportements. Toute institution est une partie de la personnalité de l'individu ; et cela au point que l'identité est toujours entièrement, ou en partie, institutionnelle au sens qu'au moins une partie de l'identité se structure par l'appartenance à un groupe, à une institution, à une idéologie, à un parti, etc. Quant à la relation analytique, Bleger (1979) est d'accord avec Winnicott (1957) que la relation analytique est une relation symbiotique ; mais pour lui, lorsque la règle est respectée et remplie, c'est le cadre lui-même qui est le récepteur de la symbiose. C'est cette symbiose avec la mère qui permet à l'enfant de développer son Moi. Le cadre ayant une fonction comparable ; il agit comme support, comme étai.

Pour Bleger (1979), aussi bien que le cadre n'est pas respecté, c'est-à-dire que les règles, les normes ne sont pas respectées, il n'y a pas de problème pour le patient, car ce dernier trouve un terrain propice pour la répétition de son « monde fantôme ». Mais dès lors qu'il est respecté, la « non-répétition » met à jour l'élément le plus stable et le plus permanent de sa personnalité, le « monde fantôme » (p. 279). Le développement du Moi dépend de l'immutabilité du non-Moi. Bleger (1979) ajoute que le non-Moi est un Moi différent, ayant des caractéristiques distinctes, qu'il appelle Moi syncrétique. Le non-Moi et le Moi sont le « fond » et la « figure » d'un même ensemble. Entre le Moi et le non-Moi, il n'y a pas dissociation mais clivage » (p. 279).

Pour Bleger (1979), tous les patients apportent avec eux leur propre cadre. C'est la raison pour laquelle, lorsqu'il y'a une brèche par laquelle s'infiltré une réalité du patient, cela entraîne une rupture du cadre qui est vécu par le patient comme catastrophique. Il compare ainsi le cadre à une machine qui transforme le « monde fantôme » du sujet en symptôme susceptibles d'être analysés. Pour lui, le cadre n'est pas syntone au Moi ; il est la toile de fond sur laquelle le Moi et l'identité de l'individu sont construits. Il définit le cadre comme un problème, comme la compulsion de répétition la plus parfaite et distingue en réalité deux cadres : celui qui est proposé et maintenu par l'analyste et consciemment accepté par le patient et celui du « monde fantôme » sur lequel le patient projette.

Evoquant le « pacte » ou réaction thérapeutique négative, Bleger (1979) affirme qu'elle représente une parfaite fixation du « non-Moi » du patient dans le cadre et même sa non-reconnaissance et son acceptation par le psychanalyste. A ce sujet, Winnicott (1947), cité par Bleger (1979, p. 280), écrit :

Pour le névrosé, le divan, la chaleur et le confort peuvent être symboliques « de l'amour maternel » ; pour le psychotique, il serait plus juste de dire que ces mêmes choses sont réellement l'expression physique de l'amour de l'analyste. Le divan est le giron ou la matrice de l'analyste, et la chaleur est la chaleur vivante du corps de l'analyste. Et ainsi de suite ».

2.3.5. Institution thérapeutique comme enveloppe psychique

Suivant l'évolution de la pensée psychanalytique, la problématique des Enveloppes psychiques peut s'analyser à travers deux perspectives qui ne sont pas tout à fait antinomiques. La première perspective est fondée sur l'hypothèse de l'organisation libidinale et la seconde, sur celle de l'organisation objectale ou groupalité psychique. Faisant une évaluation des travaux de ses prédécesseurs (Freud, 1896 ; Winnicott, 1951 ; Bowlby, 1958 & Bion, 1959), Anzieu (1985, p.2) stipule que « le Moi-peau sert à l'enfant à se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de l'expérience de la surface du corps. » et que, le surinvestissement ou la carence de telle ou telle fonction du Moi-peau rend compte de certains comportements comme le masochisme pervers, le noyau hystérique de la névrose ou la distinction entre personnalités narcissiques et états-limites.

Anzieu (1985) souligne le double rapport d'étayage et de figuration symbolique entre le moi et les sensations de la peau. Selon lui, le Moi est comme la peau. La dénomination Moi-peau a pris donc le sens qu'on a donné au début de cette partie. Elle accomplit plusieurs fonctions : premièrement, la fonction d'un sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulé. Deuxièmement la fonction d'interface qui marque la limite par rapport au dehors et la maintient à l'extérieur : c'est la barrière qui protège contre la pénétration des avidités et des agressions d'autrui, êtres ou objets. Enfin la fonction du lieu de communication avec les autres, (en même temps que la bouche ou,

du moins, autant qu'elle), permettant d'établir des relations significatives ; de plus, celle de surface d'inscription des traces laissées par celles-ci.

Dans la première perspective psychanalytique, la théorie du Moi-peau s'appuie sur les travaux du psychanalyste Freud (1896) à travers « l'appareil psychique » avec l'idée des « barrières de contact », terme qui sera abandonné ; puis Freud (1920) pour qui le psychisme comme un appareil et conçoit ce dernier comme articulant des systèmes différents. Selon lui, l'énergie (libido) vient de l'intérieur et la réalité psychique correspond à la réalité des rêves, de l'inconscient, des fantasmes. Le seul lien entre la réalité psychique et le réel biologique étant la pulsion. Winnicott (1951) développe le concept de « phénomène transitionnel » en montrant que la mère, en raison de l'immaturité motrice et affective du bébé, est, pour le bébé, l'auxiliaire indispensable et dévouée qui médiatise ses échanges avec le monde extérieur. C'est elle qui joue un rôle de discrimination, filtrant les stimuli provenant de l'environnement à un moment où le nourrisson est, lui-même, incapable d'assurer sa propre protection.

La mère joue un rôle de barrière « pare excitation » qui préserve son enfant jusqu'à ce que ce dernier puisse prendre le relais grâce à la maturation de ses fonctions corporelles. Quand le rôle du « pare-excitation » est joué correctement par la mère, l'enfant investira ses limites corporelles, c'est-à-dire ses organes sensoriels et sa surface cutanée, les reconnaissant capables d'assurer la protection dont il a besoin face à toute agression extérieure, sans être sous la menace permanente d'une possible effraction.

En suivant les idées de Bion (1959) sur l'existence d' « un appareil pour penser les pensées » ou « peau mentale » ou « première peau » (p. 34), Anzieu (1985) arrive à l'élaboration d'une théorie des fonctions du Moi-peau, où il présente l'hypothèse de l'étude « des contenants psychiques » en partant des expériences de la peau, dont l'objectif est d'établir une différenciation entre contenant et contenu tout en indiquant que la voie qui a été clairement examinée est celle de la fonction contenante et leur manière de fonctionner dans le but de faire correspondre aux fonctions du Moi celles de la peau. Ainsi, Anzieu (1985, p. 61) désigne par Moi-peau :

Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se

différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif.

De ce fait, la métaphore du Moi-peau s'avère très riche conceptuellement et ouvre la réflexion à partir nombreuses expressions du langage commun à savoir « à fleur de peau », « avoir quelqu'un dans la peau », « faire peau neuve » (p.35). C'est ainsi que la métaphore maintient le lien entre psyché et corps.

Pour Anzieu (1985), la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau, par ses propriétés sensorielles, garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre. Le fait qu'il y ait un trait d'union entre le mot « Moi » et le mot « peau » indique qu'il s'agit bien d'un contenant indissociable de la mère et de l'enfant. Anzieu (1985) donne en exemple les contacts physiques entre la mère et son bébé qui sont essentiels dans le développement psychique et qui donnent naissance au fantasme d'une peau, enveloppe commune entre la mère et son enfant. La peau fantasmatique commune de la mère et de l'enfant les tient attachés (dépendance symbiotique mutuelle) mais anticipe leur séparation à venir. L'épreuve de la séparation effacera la peau commune dans une épreuve de double intériorisation, celle de l'interface qui devient enveloppe pour les contenus mentaux, et celle de l'entourage maternant qui donne jour à des pensées, des affects et des fantasmes.

Anzieu (1985) explique que le fantasme d'arrachement ou de l'effraction de ce contenant serait à l'origine de la blessure narcissique comme de celle du masochisme. Car les patients au comportement masochiste auraient présenté dans leur petite enfance une atteinte physique réelle de leur peau :

Le fantasme originaire de masochisme est constitué par la représentation qu'une même peau neuve appartient à l'enfant et à sa mère, peau figurative de leur union symbiotique, et que le processus de défusion et d'accès à l'enfant à l'autonomie entraîne une rupture et une déchirure de cette peau commune. (Anzieu, 1985, p.63).

Ainsi, l'instauration du Moi-peau répond à un besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base. Anzieu (1985,

p. 122) montre que tout s'organise à partir de la sensation et que le Moi-peau représente les huit fonctions de la peau (par analogie biologique) notamment la fonction de maintenance du psychisme : Elle renvoie au « holding ». Le Moi-peau est une partie de la mère (particulièrement les mains) qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner. Il est un des noyaux anticipateurs du Je (qui) consiste en la sensation-image d'un phallus interne (...) généralement parental qui assure à l'espace mental (...) un premier axe. Car l'appui sur cet axe permet la mise en place des mécanismes de défense les plus archaïques, comme le clivage ou l'identification projective. Cet appui n'est possible que si sont assurées des zones de contact étroit et stable et à la périphérie de son psychisme, un encerclement (...) par le psychisme de la mère.

La notion d'appui est très centrale pour cette fonction. De ce fait, Anzieu (1985) parle d'une « identification primaire à un objet-support contre lequel l'enfant se serre et qui le tient ; c'est plus la pulsion d'agrippement ou d'attachement qui trouve satisfaction que la libido. » (p. 122). Car le développement des autres sens est rapporté à la peau, surface fantasmée « originaire ». Car la peau possède « un primat structural sur les autres sens, elle contient elle-même plusieurs sens distincts dont la proximité physique entraîne la contiguïté psychique. » (p.83-84). Elle est surtout le seul organe des sens doué de réflexivité. Ainsi, tous les processus de pensée ont une origine corporelle. C'est donc la spécificité des expériences corporelles qui va se traduire par la spécificité des processus de pensée et par les angoisses et les inhibitions correspondantes.

Anzieu (1985) complète les apports de la perspective topique qui s'enrichit de l'apport topographique d'une organisation spatiale du Moi corporel et du Moi psychique. Il revisite la conception du stade oral en introduisant le contact corps à corps où il situe le double interdit du toucher avant l'interdit œdipien. L'interdit primaire du toucher impose une existence séparée et s'oppose au retour dans le sein maternel.

Il s'oppose à la pulsion d'attachement et d'agrippement [...] L'interdit secondaire s'applique à la pulsion d'emprise : l'enfant ne peut pas toucher à tout, être le maître de tout. Il lui faut attendre et demander avant de toucher ; à travers le non proféré ou signifié c'est l'avènement de la demande de l'enfant et de la maîtrise du langage. (Anzieu, 1985, pp. 162-163)

Anzieu (1985) souligne l'importance de la disposition du corps du patient et sa représentation dans l'espace analytique et décrit, les différents paliers permettant d'accéder à l'autonomie du Moi : l'enveloppe utérine, l'enveloppe maternante, l'enveloppe habitat, l'enveloppe narcissique, l'enveloppe individualisante imaginaire, l'enveloppe transitionnelle et l'enveloppe dite tutélaire (qui est l'acquisition du sentiment de continuité de soi). Par la suite, il réfléchit sur le groupe et l'inconscient en présentant le groupe comme une enveloppe narcissique collective, un objet libidinal, un Moi-idéal dont l'appareil psychique est participant. La peau de chacun constitue une frontière. Le groupe a une fonction de contenant pour les liens des membres d'un groupe ou d'une famille. Il conteste le recours au mythe familial qui n'est qu'une illusion qui pourrait provenir du groupe lui-même en tant que lieu de rêve.

De par les observations cliniques tirées de sa propre pratique ou de celle de ses prédécesseurs, Anzieu (1985) aborde les différentes enveloppes dont l'enveloppe sonore, thermique, olfactive et ce qu'il appelle la pellicule du rêve. La notion de Moi-peau, interface psychique, lieu de la sensibilité apparaît essentielle car elle est intimement liée aux réactions tranféro-contre-transférentielles qui sont au cœur de l'analyse.

Somme toute, le Moi-peau apparaît comme un concept opératoire précisant l'étayage du Moi sur la peau et implique une homologie entre les fonctions du Moi et celles de notre enveloppe corporelle (limiter, contenir, organiser). Considérer que le Moi, comme la peau, se structure en une interface permet ainsi d'enrichir les notions de frontières, de limites, de contenants, dans une perspective psychanalytique. La richesse conceptuelle du Moi-peau permet de mieux appréhender une clinique complexe : au-delà des relations entre les affections dermatologiques et les désordres psychiques, que le surinvestissement ou la carence de telle ou telle fonction du Moi-peau rendent compte notamment du masochisme pervers, du noyau hystérique de la névrose ou de la distinction entre personnalité narcissiques et états-limites.

Anzieu (1985) amène à comprendre que le Moi-peau fournit une grille d'observation des phénomènes psychiques, proposant un cadre théorique dépassant son cadre d'origine permettant ainsi de se situer dans le champ de la psychanalyse qui présente deux angles d'analyse qui ne sont pas tout fait antinomiques notamment l'organisation libidinale ou le corps comme corporéité corporelle et l'organisation objectale ou groupalité psychique, mais surtout de fournir des modes de compréhension au travail d'accompagnement des patients, dont les enveloppes psychiques rigidifiées exigent de la part du psychologue un travail psychique particulier qui va du corps à la pensée.

Le Moi-peau, lorsqu'il est instauré, rend compte de la nécessité d'une membrane qui va assurer à la protection de l'appareil psychique une bonne adaptation tant sur le plan cognitif, affectif que social. Or l'illusion de l'effraction de ce contenant dû au départ d'un des parents est à l'origine de la blessure narcissique. Selon la thèse d'Anzieu (1985), la famille joue un rôle de protection pour les liens de ses membres, d'une famille ou d'une institution même s'il ne suffit pas d'avoir des pensées : celles-ci doivent être pensées pour pouvoir être utilisées comme telles, et cette activité de « penser » est la conséquence du bon fonctionnement de l'appareil destiné à ce but. C'est-à-dire, il ne suffit pas que le sujet dispose d'un appareil à penser les pensées ; mais que son institution d'accompagnement ait des conceptions et que ces conceptions soient pensées comme telles.

2.3.6. Institutions thérapeutique comme espace du contrat narcissique

2.3.6.1. Le point de vue d'Aulagnier

Aulagnier (1975), à travers le contrat narcissique cherche à rendre compte des réalités qui influencent la constitution psychique des sujets appartenant à un ensemble. Ce faisant, chaque sujet du groupe éprouve la nécessité de se faire reconnaître par les siens afin de bâtir des actions réciproques rentables avec eux, pour se situer dans le groupe comme sujet de désir (Aulagnier 1975). En s'inspirant et en complétant les auteurs comme Freud (1914), Pontalis (1963), Anzieu (1966) et Kaës (1970), Aulagnier (1975) constate que tous ces auteurs mentionnent la dimension imaginaire du groupe, ils ne font pas allusion à ce qui assure la pérennité et sa permanence dans le temps. Ce qui amène Freud, cité par Aulagnier (1975, p. 189), à évoquer le concept du leader du groupe et le Moi-idéal.

Selon Aulagnier (1975), l'avenir du groupe et sa pérennité réside dans la fonction que ce leader peut jouer au sein du groupe. Cette hypothèse est battue en brèche par Aulagnier (1975, p. 189) qui estime que, indépendamment de la fonction que peut jouer le leader du groupe et le moi-idéal (Freud), c'est la condition même d'existence de l'ensemble d'être porté par un modèle idéal, aimantant vers lui une partie de la libido narcissique des sujets, qui assure la pérennité le groupe. Selon elle, L'existence de l'ensemble présuppose que la majorité de ses éléments voient dans les exigences de son fonctionnement ce qui, si elles sont intégralement respectées, permettrait d'atteindre l'ensemble idéal. La croyance en cet idéal s'accompagnera de l'espoir dans la permanence et dans la pérennité de l'ensemble.

Dès lors, le sujet pourra, sans jamais y réussir complètement, établir une identité entre possibilité de pérennité de l'ensemble et désir de pérennité de l'individu. Seul le premier se présente comme réalisable, c'est pourquoi à la source de l'investissement du modèle idéal on découvre la participation d'un désir d'immortalité, auquel cet investissement s'offre comme substitut.

En donnant de l'importance à la fonction métapsychologique du registre socioculturel; c'est-à-dire à la réalité socioculturelle et à son influence dans la constitution du psychisme, Aulagnier (1975) postule que la relation des parents avec l'enfant comporte la trace de la relation du couple parental avec le milieu social dans lequel ils sont inclus et dont le couple partage les idéaux ; le discours du couple parental anticipe et pré-investit la place que l'enfant va occuper dans le discours social même avant la naissance de celui-ci, et il investit également cette place avec l'espoir que l'enfant transmettra le modèle socio culturel en vigueur ; du côté de l'enfant (futur sujet), celui-ci a besoin de trouver dans le discours social les références identificatoires qui vont lui permettre de se projeter vers l'avenir, de sorte que, au moment de s'éloigner du support fourni par le couple parental, il ne perde pas le support identificatoire du discours social dont il a besoin ; s'il y a un conflit entre le couple des parents et leur environnement social, le psychisme de l'enfant peut faire coïncider ses représentations fantasmées (de rejet, d'agression, toute-puissance ou exclusion) avec ce qui se passe dans la réalité sociale. De même, si le couple parental vit une oppression sociale, ce conflit des parents avec leur entourage social aura une influence sur la possibilité d'élaboration des énoncés identificatoires du discours socioculturel de la part de l'enfant, la société ayant donc un rôle à jouer dans le destin de ces enfants.

L'objectif étant de montrer d'une part que la pérennité et la permanence du groupe dépend de la condition d'existence même du groupe d'être animé d'un idéal, qui attire une part de l'énergie de ses membres, et d'autre part, l'influence de la réalité sociale sur la constitution du psychisme de l'enfant, Aulagnier (1975) découvre tout d'abord, elle désigne la famille comme un ensemble d'individus ayant une même langue, mêmes valeurs, mêmes normes et même idéologie. Son existence repose sur l'acceptation, par la majorité de ses membres, un discours comme vrai ; discours qui détermine et fixe le but visé. Ce discours, ce sont des énoncés concernant la réalité du monde, la raison d'être du groupe social et l'origine de ses modèles. Aulagnier (1975, p. 184) affirme :

Nous représenterons métonymiquement le groupe social – entendant par ce terme un ensemble de sujets parlant la même langue, régis par les mêmes institutions, et quand c’est le cas, ayant une même religion – comme l’ensemble des voix présentes... Selon les types de culture, cette série sera constituée par les énoncés mythiques, sacrés ou scientifiques.

Le discours du groupe apparaît comme l’ensemble des discours qui ont été à la base du groupe et qui lui servent de modèle. C’est le discours fondateur d’une culture. Il peut être sacré, scientifique ou mythique. C’est lui qui institue le contrat narcissique. Il joue un rôle très important dans la préservation de la correspondance entre le groupe et le champ linguistique, sans oublier les interactions qu’ils entretiennent ensemble. Le discours du groupe détermine le rapport du sujet au groupe et l’établit comme sujet du groupe, et ce, à travers son acceptation, sa répétition et son appropriation par ce dernier. Ce discours donne au sujet les informations crédibles sur ses origines, informations indispensables pour lui faire revivre son histoire; certitude indispensable pour que celui-ci investisse le groupe.

Le discours de l’ensemble offre au sujet la certitude sur l’origine, nécessaire pour que la dimension historique soit rétroactivement observable sur son passé, qui sera ainsi soustrait à une référence dont le savoir maternel ou paternel serait le garant,... Ce que vient ainsi offrir au sujet singulier l’ensemble va induire le sujet à transférer une partie de la mise narcissique, investie dans son jeu identificatoire, sur cet ensemble qui lui promet une prime future. (Aulagnier, 1975, p. 187).

Selon Aulagnier (1975), le contrat narcissique est une convention entre un sujet et son groupe d’appartenance. Il s’établit grâce au préinvestissement que l’ensemble fait de l’enfant, en tant que future voix qui sera où il est attendu et lui accorde la place de membre du groupe. Dans ce pacte, chacun doit respecter les clauses du contrat. L’enfant (futur sujet), accepte de répéter le discours fondateur et assurer ainsi la permanence et la pérennité du groupe. En retour, le groupe doit lui assurer le droit à occuper la place qui lui est préparée, lui offrir une référence

et enfin, il doit lui garantir le transfert de la reconnaissance que possédait le prédécesseur disparu sur le nouveau membre (l'enfant).

Quant à l'enfant il demandera, en contrepartie de son investissement du groupe, et de ses modèles, qu'on lui assure le droit à occuper une place indépendante du seul verdict parental, qu'on lui offre un modèle idéal que les autres ne peuvent renier, sans par là même renier les lois de l'ensemble, qu'on lui permette de garder l'illusion d'une persistance atemporelle projetée sur l'ensemble et, avant tout, sur un projet de l'ensemble que ses successeurs sont supposés reprendre et préserver... (Aulagnier, 1975, p.187).

Le contrat narcissique est universel, en ce sens que tout sujet est cosignataire. Toutefois, la façon dont il est investi, varie d'un sujet à l'autre, d'un couple à l'autre et même entre les éléments du couple. Bien élaboré, le contrat entre le couple parental et le groupe joue un rôle secondaire dans le destin du sujet. Il lui permet d'établir une relation autonome avec ces modèles. Il influence ainsi l'espace familial où le Moi du sujet va se construire de deux façons : soit les emblèmes et les rôles valorisés par le couple déguisent un désir aux parents et à l'enfant, un désir qui, grâce à l'accord et la complicité des autres sujets de l'ensemble, s'inscrira dans le registre du bien, du licite, de l'éthique ; soit ils imposent au Moi du sujet sa connaissance du lien que le groupe entretient avec les parents et le rapport du groupe vis-à-vis de la position qu'occupe le couple.

La définition donnée au contrat narcissique implique son universalité :
mais s'il est vrai que tout sujet est consignataire, la part de la libido narcissique qu'il y investit varie de sujet à sujet, de couple à couple et entre les deux éléments du couple...» (Aulagnier, 1975, p. 187).

En tant que pacte d'échange entre le couple parental et l'ensemble, Aulagnier (1975, p. 191) précise que deux situations peuvent entraîner sa rupture avec des conséquences pour chacune d'elles :

- le couple est responsable de la rupture, c'est-à-dire qu'il refuse les clauses essentielles du contrat ; ce qui entraîne une grande faille dans leur structuration psychique et dévoile un noyau psychotique plus ou moins compensé. Ce qui fait que le sujet ne peut donc trouver en dehors de cercle familiale un support lui permette d'atteindre l'autonomie indispensable au fonctionnement de son Je. C'est le cas de certaines familles psychotiques qui présentent un caractère fermé vis-à-vis de l'ensemble social ;
- la responsabilité de la rupture incombe à l'ensemble, c'est-à-dire que le milieu extrafamilial impose au couple parental un contrat vicié, en ne lui reconnaissant pas les éléments qui lui permettent de s'inclure dans l'ensemble social – discrimination, exclusion.
- ce qui peut entraîner un accroissement de ce qui, dans le couple, avait été vécu comme interdiction de tout désir de contredire le dit, amenant ainsi l'enfant à projeter sur la scène sociale le pattern de sa problématique envers ses parents. C'est le cas de la haine, la mutilation, le rejet, la dépossession que la réalité sociale vient redoubler dans la plupart de psychose, problématique mise en acte dans la relation du couple à l'ensemble et non plus seulement fantasmée.

Les travaux d'Aulagnier s'inscrivent dans la logique de Freud (1914), bien qu'ils viennent le compléter. Reprenant les travaux de Tomasella (2014), nous pouvons dire que les travaux d'Aulagnier s'inscrivent dans la continuité de ceux de Freud (1914) sur le narcissisme. Selon lui, l'individu est à lui-même sa propre fin et il est en même temps membre d'une chaîne à laquelle il est assujéti ; les parents constituent l'enfant comme le porteur de leur rêves de désir non réalisés et le narcissisme primaire de celui-ci s'étaye sur celui des parents et enfin l'idéal du Moi est une formation commune à la psyché singulière et aux ensembles sociaux (Kaës, 1993, p.272).

Le contrat narcissique d'Aulagnier généralise ainsi les idées freudiennes en expliquant les relations corrélatives de l'individu et de l'ensemble social. Chaque nouveau-né qui vient d'arriver au monde devant investir l'ensemble en tant que porteur de la continuité, et, réciproquement, à cette condition, l'ensemble préserve une place pour l'élément nouveau. Schématiquement, les termes du contrat narcissique exigent que chaque sujet singulier occupe une place offerte par le groupe et signifiée par l'ensemble des voix qui, avant chaque sujet, ont développé un discours conforme au mythe fondateur du groupe. Chaque sujet doit reprendre ce

discours d'une manière ou d'une autre : c'est à travers lui qu'il se connecte avec l'ancêtre fondateur.

Nous constatons que le contrat narcissique, tel que le définit Aulagnier, implique dans sa constitution une violence structurante, de par l'anticipation du rôle de sujet de groupe que l'ensemble projette sur le sujet : « Le contrat narcissique s'établit grâce au préinvestissement par l'ensemble de l'infans comme voix future qui prendra la place qu'on lui désigne : il dote celui-ci par anticipation du rôle de sujet du groupe qu'il projette sur lui » (Aulagnier, 1975, p.190). Par ailleurs, Il se trouve à la base de toute relation sujet/société, individu/ensemble, discours singulier/référent culturel (Kaës, 1993). Les parents, et en particulier la mère, sont les porte-paroles des attentes du groupe auquel ils appartiennent, en plus d'exprimer leurs propres désirs.

Le concept de contrat narcissique d'Aulagnier vient opérer une grande différence avec celui de contrat psychologique. Si le contrat narcissique désigne un pacte d'échange entre un sujet et un ensemble, avec une dimension imaginaire indispensable, ce n'est pas le cas du contrat psychologique qui désigne la croyance d'un individu relative aux termes et aux conditions d'un accord d'échange réciproque entre cette personne cible et une autre partie. Les questions clés ont trait à la croyance qu'une promesse a été faite et une compensation offerte en échange, liant les parties à un ensemble d'obligations réciproques (Rousseau 1989, p.123). Ainsi pour Rousseau, le contrat psychologique est un schéma mental que les individus ont constitué à propos de la relation d'emploi. Cette définition met l'accent sur l'importance des interprétations subjectives individuelles, c'est-à-dire la nature idiosyncratique du contrat psychologique.

D'autre part, la rupture du contrat psychologique n'a aucun effet sur la constitution psychique des sujets, ce qui n'est pas le cas du contrat narcissique. Sa rupture s'opère quand une partie pense que l'autre a failli dans sa mission, aussi, la façon avec laquelle les affects se tissent au départ n'est pas considérée. Ce qu'éclaire la théorie du contrat narcissique. Ce faisant, Aulagnier apporte ainsi une touche particulière dans la compréhension de certaines problématiques psychotiques, qu'elle nous invite à ne pas négliger l'apport de réalité sociale comme un facteur de premier plan. Dans le cadre de nos propres travaux, cet apport d'Aulagnier nous sera d'une importance capitale en ce qu'il nous permettra de mieux expliquer pourquoi certains enfants en situation diagnostique externalisent leur comportement.

2.3.6.2. *Le point de vue de Kaës (2014)*

Pour Kaës (2014), Aulagnier (1975) ne fait pas allusion au fait que la raison fondamentale de ce contrat est la prohibition de l'inceste. L'enfant ne pouvant se représenter membre du groupe que dans cette rencontre avec l'interdit de l'inceste, mais il ne peut devenir sujet pensant que s'il a été désiré de ses parents pour assurer leur continuité narcissique. La violence inhérente à ce contrat, qu'elle soit par excès ou par défaut, met en relief la question à laquelle chaque sujet est confronté : s'approprier une place, reconnaître sa place. Cette appropriation subjective, cette subjectivation, affirme Kaës (2014), s'opère dans le lien à l'autre et au groupe ; de même l'appropriation subjective aliénée. Mais son caractère transmis et imposé, de même, sa dimension constructive ne doit pas occulter ses potentialités aliénantes. Bien que le contrat narcissique soit d'abord doté de cette fonction capitale : assurer à l'enfant, en réponse à l'investissement du groupe, « le droit d'occuper une place indépendante du seul verdict parental » (Aulagnier, 1975, p.189).

Aulagnier ne prenant ainsi pas en compte les enjeux aliénants du contrat narcissique. N'en prend en compte que les aspects structurants du contrat narcissique. L'évolution de ce contrat et ses impasses aliénantes, notamment à l'adolescence, ne sont pas prises en compte par P. Aulagnier. Ne voir que les aspects structurants du contrat narcissique, c'est dire que les liens de parenté ne dépendent pas de l'organisation singulière du sujet ; ce qui remettrait en cause les adhérences imaginaires et aliénantes incluses dans le contrat narcissique, mais c'est par là qu'il ouvre l'accès au symbolique. Selon lui, dans ce processus de dé-singularisation réside le processus de subjectivation et devenir Je, c'est inventer une temporalité de projet et d'avenir différente pour le groupe et pour les sujets qui en sont tout à la fois les maillons, les serviteurs, les bénéficiaires et les héritiers.

Kaës (2014) se rend compte que le contrat narcissique tel que développé par Aulagnier (1975) dont il nomme contrat narcissique primaire, présente des limites. Il se noue dans la famille au sein de l'ensemble social, à travers les investissements du narcissisme des parents dans des scénarios d'emplacement, des énoncés de paroles et de mythe, des repères identificatoires. Bien que tous ces investissements servent conjointement l'ensemble et le sujet : celui-ci peut se constituer comme un serviteur, un bénéficiaire et un héritier de l'ensemble, l'évolution de ce contrat et ses impasses aliénantes, notamment à l'adolescence, ne sont pas prises en compte par Aulagnier (1975). Constat qui le conduit à ces deux questions : comment s'assurer que le contrat narcissique, qui comporte une part de violence structurante parce qu'il

impose, ne sera pas un contrat de violence destructrice, un contrat de narcissisme de mort ? Corrélativement, comment est assuré la structuration narcissique du sujet et de l'ensemble lorsque le contrat fait défaut, ou lorsqu'il est défaillant ?

Pour rendre compte de l'évolution de ce contrat et de ses impasses aliénantes, Kaës (2014) introduit le concept de contrat narcissique secondaire qui repose sur le narcissisme secondaire et postule d'une part que, dans le socle narcissique du lien, le rapport économique narcissisme/anti-narcissisme constitue un élément indispensable dudit contrat qui lui, consiste dans la balance équilibrée de cette économie. L'anti-narcissisme étant cette propension qu'a le Moi de léguer une portion de son énergie libidinale au bénéfice de l'extérieur. D'autre part, le contrat narcissique exige plusieurs sortes de garants qui constituent les conditions nécessaires pour qu'il s'inscrive dans un processus symbolique et accomplisse sa fonction structurante.

L'objectif étant de montrer que dans le contrat narcissique l'investissement du sujet par le groupe et vis-versa repose sur un certain nombre de garants qui constituent les conditions nécessaires pour qu'il s'inscrive dans un processus symbolique et accomplisse sa fonction structurante, Kaës (2014) découvre que le contrat narcissique est une alliance structurante inconsciente primaire. C'est une alliance de base, car l'investissement narcissique qu'elle exige et dispense est à la base du lien et de l'accordage d'alliance primaire entre le bébé et son premier ensemble intersubjectif. Il est aussi une des alliances structurantes nécessaires au développement de la vie psychique. Enfin, il comporte une dérive aliénante et pathologique : les achoppements du contrat narcissique.

Selon lui, l'enfant est dans une position de dépositaire du narcissisme parental, de leurs « rêves de désirs irréalisés ». Il est tenu, soutenu et quelque fois détenu dans un réseau de désirs dont il est l'objet ambigu et dans certains cas tragiques. On peut repérer ces achoppements dans la clinique, lorsque l'enfant, les parents, ou l'ensemble familial ne sont pas en mesure, pour diverses raisons, de contracter des liens dans les termes d'un contrat narcissique structurant.

Dans ces conditions, l'enfant ne donne pas les signes attendus qui constituent les parents en parents « suffisamment » bons. Ce qui est en souffrance chez ces parents, c'est la difficulté de reconnaître à ces enfants l'identité humaine, une identité qui les reconnaîtrait comme des semblables dans le regard parental. Dans les cas traités par André (1986), les dépressions consécutives chez les parents ont une incidence directe (mais non automatique) sur la formation du narcissisme chez l'enfant. L'étayage du narcissisme est alors insuffisant et il ne reçoit ni ne restitue aucun apport narcissique vital, capable de maintenir le lien primaire et l'alliance

d'accordage entre le bébé et sa mère). Une des conséquences des difficultés à établir le contrat narcissique, ou des ruptures qu'il subit, est le pacte narcissique. Des distorsions ou un clivage du Moi sont des conséquences habituelles de ce pacte narcissique, un pacte dont les variations dévoilent les dimensions perverses ou psychotiques (p.69). Il est selon Kaës (2014) l'opposé du contrat narcissique. Le pacte narcissique est mortifère.

Une des conséquences de la rupture du contrat narcissique est, avec les troubles de l'identité du Moi, le retour du refoulé et l'inquiétante étrangeté dans les figures de la possession, dans les attaques démoniaques et les tourments de la persécution. Ces troubles peuvent se lire à partir des effets de la rupture du contrat narcissique. Pour plusieurs membres d'une famille, l'irreprésenté du contrat narcissique rompu, et dont la symbolisation a échoué, se représente comme énigme dans les symptômes de rupture et d'autodestruction : stérilité et suicide des femmes, meurtres et suicide des hommes, et comme figure de l'inquiétant dans les possessions et les attaques démoniaques. Le contrat narcissique est remis en cause dans les expériences du deuil. En effet, il se fonde sur le remplacement d'un mort. De ce point de vue, le contrat narcissique est aussi à comprendre comme une défense contre la perte de substance vivante et vitale pour le groupe et pour l'individu. Le travail de deuil concerne autant le remaniement de l'économie intrapsychique que le contrat narcissique dans sa dimension générationnelle. Le concept de contrat narcissique apporte une inflexion importante à la problématique dépressive. La dépression s'installe suite à la perte d'un être cher ou d'un objet, d'une discontinuité et d'une déchéance du Moi. L'installation de la continuité et de la valeur du Moi dépend de la qualité du contrat narcissique qui lie l'ensemble intersubjectif et le sujet dans lequel il se forme.

Pour Kaës (2014), Freud (1914) et Aulagnier (1975) ont placé l'enfant dans cette position de dépositaire du narcissisme parental, de leurs « rêves de désirs irréalisés ». Selon lui, l'*infans* est tenu, soutenu et quelque fois détenu dans un réseau de désirs dont il est l'objet ambigu et dans certains cas tragiques. La non-réalisation des rêves de désirs des parents constituent pour ceux-ci une blessure narcissique qui, lorsqu'elle est grave, enfreint les capacités d'identification du sujet. Kaës (2014) repère ainsi ces achoppements dans la clinique, lorsque l'enfant, les parents, ou l'ensemble familial ne sont pas en mesure, pour diverses raisons, de contracter des liens dans les termes d'un contrat narcissique structurant, ou lorsque l'investissement narcissique qui se produit est insuffisant du fait de la venue au monde d'un enfant qui présente un handicap. En voici quelques exemples.

Parlant des blessures narcissiques de « l'enfant insuffisamment bon », les résultats de Kaës (2014) confirment ces de André (1986) qui a mis en évidence, à partir de sa pratique de psychothérapie psychanalytique de la famille, la souffrance que suscite chez certains parents la naissance d'un enfant handicapé : il arrive que cet enfant soit vécu comme « insuffisamment » bon et comme une atteinte au narcissisme parental et familial. Dans les cas étudiés, affirme Kaës (2014), l'enfant devient le dépositaire des parties non élaborées, négatives, des membres de la famille : l'enfant « insuffisamment » bon déçoit leur attente d'un enfant qui soutiendrait leur narcissisme. Selon lui, l'enfant n'est pas en soi « insuffisamment » bon ; il l'est dans la conjonction des narcissismes blessés.

Dans ces conditions, l'enfant ne donne pas les signes attendus qui constituent les parents en parents « suffisamment » bons. Ce qui est en souffrance chez ces parents, c'est la difficulté de reconnaître à ces enfants l'identité humaine, une identité qui les reconnaîtrait comme des semblables dans le regard parental. S'inspirant des cas traités par André (1986), Kaës (2014) ajoute que les dépressions consécutives chez les parents ont une incidence directe (mais non automatique) sur la formation du narcissisme chez l'enfant. L'étayage du narcissisme est alors insuffisant et il ne reçoit ni ne restitue aucun apport narcissique vital, capable de maintenir le lien primaire et l'alliance d'accordage entre le bébé et sa mère).

Quant au pacte narcissique, les analyses de Kaës (2014) ont mis au jour quelques conséquences des difficultés à établir le contrat narcissique, ou des ruptures qu'il subit. Il en explore les dérives aliénantes : une autre chose que le conflit lié au besoin d' « être à soi-même sa propre fin », d'être maillon, héritier et serviteur de la chaîne intersubjective où chacun prend place. Selon lui, des distorsions ou un clivage du Moi sont des conséquences habituelles du pacte narcissique, un pacte dont les variations dévoilent les dimensions perverses ou psychotiques.

D'autre part, à la place du contrat narcissique originaire, primaire et secondaire, Kaës (2014) oppose le pacte narcissique, désignant ainsi une attribution stable, univoque ou mutuelle à un emplacement de parfaite coïncidence narcissique : cet emplacement ne supporte aucun écart, car tout écart ouvrirait une béance dans la continuité narcissique. Pour lui, le pacte narcissique est mortifère : une telle alliance comporte et véhicule la violence destructrice. Il se rapproche ainsi de Laing (1969) qui considère la « famille » comme un exemple de structure intersubjective réifiée par le pacte narcissique.

Selon Laing (1969), les « familles » internes de chacun doivent être strictement identiques, les places de chacun immuablement définies par cette « famille » commune et elles doivent coïncider avec le groupe familial. Dans cette logique, tout ce qui survient du dedans de chacun est perçu et vécu comme la co-inhérence des liens familiaux (proche d'isomorphisme dans le lien groupal de Kaës (2014)), se fonde sur un pacte narcissique, caractéristique du groupe familial psychotique, qui ne laisse à ses membres aucune possibilité de renoncement, de contestation ou de transformation.

Pour Kaës (2014), l'irreprésenté qui oeuvre lors de l'acchoppement du contrat narcissique est une inquiétante étrangeté chez le sujet du lien. S'inspirant des travaux de Yaméogo (2004) sur le nomadisme thérapeutique dans une société africaine divisée entre ses références culturelles fondatrices, où l'auteur a établi une relation entre cette pratique, l'état d'anomie qui s'installe dans ces sociétés et la mise en défaut de la certitude associée aux énoncés fondamentaux du groupe, Kaës (2014) affirme qu'une des conséquences de cette situation est, avec les troubles de l'identité du Moi, le retour du refoulé et l'inquiétante étrangeté dans les figures de la possession, dans les attaques démoniaques et les tourments de la persécution. Selon lui, ces troubles peuvent se lire à partir des effets de la rupture du contrat narcissique. Cet exemple, ajoute Kaës (2014), invite à penser l'articulation entre les troubles psychopathologiques, et les zones de destruction de la base culturelle et sociale qui forme les cadres métapsychique et métasocial du développement psychique. A travers le dérèglement du contrat narcissique, on voit apparaître les déterminants transgénérationnels qui fondent la continuité des générations dans les alliances inconscientes et qui traversent les sujets dans leur histoire singulière.

Pour Kaës (2014), le contrat narcissique est remis en cause dans les expériences du deuil ; il se fonde sur le remplacement d'un mort. Le remaniement du contrat narcissique s'impose dans la famille lorsque « l'enfant paraît », lorsque l'enfant fait défaut aux attentes du groupe familial, lorsqu'il meurt. Il s'impose dans un couple lorsqu'il se sépare, mais aussi dans les institutions lorsque le fondateur disparaît. Sur cette dernière configuration, cf. mon étude sur le deuil des fondateurs dans les institutions (Kaës, 2008). Selon lui, le contrat narcissique est aussi à comprendre comme une défense contre la perte de substance vivante et vitale pour le groupe et pour l'individu.

Le travail de deuil concernant autant le remaniement de l'économie intrapsychique que le contrat narcissique dans sa dimension générationnelle. On peut donc s'attendre à en voir se

manifester les dimensions dans les expériences, pathologiques ou non, de la dépression. La situation si particulière des enfants dits « de remplacement », conçus pour prendre la place d'un enfant mort, donne au contrat narcissique qui le concerne une caractéristique spécifique : le contrat révèle sa fonction inconsciente de conjurer la mort. Les ruptures du lien amoureux, même lorsque le choix d'objet s'est fait sur le mode dit de l'étayage, sont aussi des ruptures du contrat narcissique : elles font vivre à ces sujets des expériences douloureuses de déception et de trahison.

Kaës (2014) voit dans le concept de contrat narcissique un concept qui introduit une inflexion importante dans la problématique dépressive. Selon lui, la dépression s'installe dans le sentiment, qui survient à la perte d'un objet, d'une discontinuité et d'une déchéance du Moi. L'installation de la continuité et de la valeur du Moi dépend de la qualité du contrat narcissique qui lie l'ensemble intersubjectif et le sujet dans lequel il se forme. Pour lui, les identifications narcissiques et imaginaires assurent la représentation de la continuité primitive du Moi pour autant que l'ensemble garantisse cette représentation fondamentale. C'est la fonction du contrat narcissique dans l'expérience de la séparation et, plus largement, dans l'élaboration du deuil originaire. En effet, l'acceptation de la séparation est corrélative de l'acceptation de l'autre autant que de l'introjection d'un objet d'amour stable et sécurisant pour le Moi.

2.3.7. Institution thérapeutique comme organisation humaine

Pour Nkelzok Komtsindi (2015, p. 5),

les comportements des individus et les conduites humaines devraient être envisagés simultanément dans leurs dimensions personnelle et singulière, relationnelle, institutionnelle voire sociétale et d'autant plus que l'individu est confronté à une combinaison hétérogène de différents déterminismes et de plusieurs logiques d'actions entre lesquels il doit défendre et définir sa liberté.

À partir de cette définition, Nkelzok Komtsindi (2015) tente ainsi de mettre en exergue l'influence que peut avoir toute organisation sur le comportement individuel. Selon lui, l'organisation peut revêtir plusieurs structures et plusieurs configurations qui s'observent sur le plan fonctionnel à travers l'organigramme qui s'obtient après l'analyse, la définition, la

qualification et la classification des postes. Le fonctionnement organisationnel aura une influence sur le comportement humain au sein de l'organisation. Dans une perspective behavioriste, il affirme que « la relation entre le stimulus et la réponse implique que le comportement humain (R) est conditionné par la structure organisationnelle (S). » (Nkelzok Komtsindi (2015, p. 15). L'adéquation entre ces deux concepts s'effectue au moyen de la compétence du titulaire d'un poste de travail prédéfini par la structure organisationnelle qui s'impose à lui. Ainsi donc, tout comportement humain dans une organisation possède une signification adaptative. La configuration organisationnelle met en jeu une dynamique fonctionnelle fondée sur l'interaction entre les différents palliers du système organisationnel (Nkelzok Komtsindi, 2015).

2.3.8. Institution thérapeutique comme espace scopique

Pour Kaës (1976b), tout thérapeute est plus ou moins en train de mettre en œuvre sur la scène de la relation avec autrui des projets conscients ou des fantasmes inconscients se référant au modèle du formateur, donneur de bonne forme, du médecin obsédé par la guérison, de l'accoucheur socratique, du militant transformateur du monde, du réparateur qui empêche les traumatismes du client de devenir irréparables.

Enriquez (2019) ajoute que ces fantasmes nécessaires à l'action thérapeutique ne sont pas innocents ; le désir de guérison exprimé profondément et moteur exclusif de l'action pouvant entraîner une réaction thérapeutique négative et enfermer encore plus le client dans ses difficultés. Selon lui, le désir de réparation développe chez le soignant une volonté démiurgique de sauvetage et une vision de l'autre comme une machine dont on connaît les rouages et dont il faut améliorer le fonctionnement, d'où le danger de ne pas entendre la plainte réelle du client et de répondre à côté de sa demande.

Pour Enriquez (2019), les fantasmes et les projets des thérapeutes s'inscrivent dans un fonctionnement institutionnel qui concourt lui-même au déploiement du travail de la mort ; l'institution thérapeutique étant un lieu où se côtoient différents types de spécialistes qui occupent des statuts et des rôles théoriquement stabilisés et entre lesquels se nouent des relations de pouvoir. Selon lui, les institutions thérapeutiques vivent sous l'égide d'une idéologie égalitaire, chacun des opérateurs sociaux tenant dans son domaine un rôle thérapeutique et chaque membre devant concourir à un travail commun : soigner ou prendre en charge l'enfant, l'adolescent, l'adulte en état de détresse, etc. ; la coopération des égaux étant posée comme une nécessité, mais aussitôt démentie. Pour lui, chaque spécialiste peut succomber au désir de

penser que les progrès de l'enfant TDAH sont dus uniquement à la technique spécifique qu'il utilise, l'action des autres ne pouvant que constituer une entrave ; ce qui va entraîner jalousie et rivalité concernant les techniques.

Enriquez (2019) affirme que dans des institutions thérapeutiques rôde un fantôme, celui des premiers fondateurs et de l'enveloppe mythique qu'ils ont forgée permettant ainsi la fondation de l'institution. Selon lui, ce fantôme joue un quadruple rôle :

- exprimer qu'à l'origine, existait une équipe cohésive, sans problèmes internes et qui savait ce qu'elle voulait, puisqu'elle était mue par un projet cohérent. D'où la montée d'un sentiment de culpabilité chez les nouveaux qui n'arrivent pas à se montrer dignes de tels ancêtres ;
- maintenir le pouvoir des fondateurs qui continuent à se présenter et à vouloir être pris comme des pôles idéaux et donc des repères identificatoires. Même si, compte tenu de l'évolution de l'institution, le mythe et/ou l'idéologie qu'ils proposent ont quelque chance d'occulter la réalité de la situation présente ;
- ne pas remettre en cause le projet initial qui, s'il était examiné attentivement, montrerait les failles ou les inconséquences qu'il présentait dès la genèse et qui sont à l'origine des difficultés présentes ;
- favoriser les histoires, les légendes, les contrevérités, les rumeurs les plus folles attestant d'une part la présence souterraine d'une scène primitive insupportable reproduite avec des ajouts, à caractère dramatique, d'autre part la perpétuation d'une série de crimes divers passés sous silence qui, une fois évoqués, apparaissent dérisoires en tant qu'événements mais qui ont servi à donner une allure tragique à l'ensemble de la vie institutionnelle.

Pour lui, tous ces éléments font de l'institution thérapeutique une grande machine qui éprouve les plus grandes difficultés à quitter le lieu de l'origine pour se préoccuper des problèmes quotidiens à résoudre.

Enriquez (2019) précise que ce qui est le produit historique des idées, des sentiments, des actes posés par les membres de l'institution n'est pas reconnu comme tel et finit par vivre d'une vie fantasmatique autonome et par constituer une enveloppe à la fois protectrice et angoissante qui délivre des injonctions auxquelles il est impossible de ne pas obéir ; l'institution devient ainsi un véritable "artefact" guidant la conduite de ses membres et comme conséquence,

les individus éprouvent de la culpabilité chaque fois qu'ils sont créatifs, car ils ont le sentiment de transgresser des valeurs sacrées auxquelles ils adhèrent ou dont ils ont peur.

Pour lui, deux solutions possibles et simples leur sont offertes : obéir à ces injonctions vécues comme leur étant extérieures, contourner les règles et se comporter autrement que prévu, mais sans oser le dire, de peur d'être évalués négativement. Selon lui, lorsque ces individus parleront de ce qu'ils font, non seulement ils ne diront pas la vérité, mais ils auront tendance à surenchérir sur les valeurs de l'institution, pour ne pas être soupçonnés de déviance. Les discours seront alors des discours de travestissement ayant pour effet de placer l'ensemble des praticiens dans une situation de défiance les uns par rapport aux autres, et surtout de placer les patients dans des contradictions insoutenables, ceux-ci percevant bien les contradictions entre les propos et les actes et se sentant englués dans le mensonge généralisé dont les thérapeutes les rendent toujours peu ou prou, complices.

D'autre part, Enriquez (2019) trouve dans l'institution thérapeutique un système fermé, une structure close : la répétition des conduites, la montée de la bureaucratie et la tendance radicale à l'augmentation de l'entropie, donc à la désorganisation et à la mort. Pour lui, l'inclination à la réduction de tension, est une caractéristique centrale de ce type d'institution, dans la mesure même où l'évocation et le traitement des problèmes risqueraient d'entraîner des niveaux de tension intolérables. Cette tendance à la réduction de tension à l'état zéro se traduit par l'effritement de l'institution, l'impossibilité de l'articulation de l'idéal et du réel, la dispersion des efforts sinon leur annulation, la prolifération d'actes dépourvus de sens condamnant tout essai de construction d'un monde où l'imaginaire puisse se déployer, la course à l'apocalypse joyeuse et à la catastrophe partagée. Pour lui, une institution de soins fait montre d'une vulnérabilité particulière au processus de décomposition auquel tout le monde œuvre, car elle ne peut éluder la question de la vie et de la mort psychique ou physique de ses patients. Aussi lui est-il plus aisé de succomber aux charmes mortifères qui la constituent que de lutter contre la fascination du néant.

Le rapport que les spécialistes entretiennent avec leurs clients (enfants TDAH) étant naturellement façonné par le rapport qu'ils entretiennent avec leur institution. Puisqu'ils peuvent être pris dans la répétition, le secret opaque, dans la culpabilité et dans la rivalité, ils peuvent être tentés de se servir de leurs patients pour exprimer leurs besoins narcissiques et solidifier une identité continuellement menacée. Selon lui, deux stratégies s'offrent à eux : ne pas parler de l'objet-même de leur travail ou encore le faire parler à leur manière sans encourir de danger

; utiliser directement les patients pour régler leurs propres problèmes de groupe. Pour lui, dans certains cas, seule une de ces stratégies sera mise en place, dans d'autres, les deux seront employées, car elles peuvent s'épauler l'une l'autre.

Pour Enriquez (2019), un groupe ne peut exister comme tel si ne sont pas mis en œuvre des phénomènes d'identification à une ou plusieurs personnes centrales incarnant un idéal de projection des pulsions amoureuses (et agressives) sur le leader ou ses tenants-lieu, de dérivation de l'agressivité vers des boucs émissaires. Ce qui place l'institution sous la menace constante de l'apparition d'un fanatisme de groupe. Selon lui, une institution thérapeutique peut se stabiliser sur un fonctionnement névrosé ou psychotique devenu la "culture" à laquelle chacun appartient, et idéal commun. Les institutions peuvent donc par cette œuvre de guérison commune mettre certains de leurs membres en péril et les faire tomber dans une folie individuelle, irréductible, la folie collective ne leur servant plus de paravent ni de pare-excitations.

La mort apposera son sceau, là-même où elle apparaissait défaite. Pour lui, la pulsion de vie dans son activité de liaison et de création d'unités toujours plus grandes (Freud, 1920) peut, en favorisant les identifications mutuelles, amener l'édification de cohésion défensive, de processus fusionnels, de comportements homogènes, c'est à dire contribuer à l'accroissement de l'entropie. Si pour Freud (1921) la pulsion de vie dans les institutions vise à favoriser l'instauration de liens amoureux de type homosexuel ou au moins unisexual inhibés quant au but, qui donne force à l'institution mais qui empêche de reconnaître en son sein le rôle de la différence des sexes, autrement dit de ce qui est l'indice le plus radical de l'altérité et celui de la sexualité directe, pour Enriquez (1987), l'institution ne vit pas d'amour mais seulement d'amour canalisé et sublimé dans les activités prescrites par l'institution et servant à sa fixité et à sa reproduction. Selon lui, la pulsion de vie œuvrerait, sans le savoir, au service de la pulsion de mort.

Parlant du visage aimable de la pulsion de mort, Enriquez (2019) amène à se rendre compte que les processus de déliaison viennent aussi bien d'Eros que de Thanatos. Évoquant l'activité de Thanatos à l'origine de processus vivants, il mentionne deux niveaux avec des dimensions parfois similaires. Au niveau individuel, il y'a l'acceptation de la mort. C'est elle qui permettra d'entrer dans le monde de la créativité. C'est cette familiarité avec la mort, cette méditation sur la finitude, qui fait accéder à l'ordre du vivant. Puis vient la lutte pour reconnaître ses demandes, sa force. Et par la fin, la remise en cause de la mort. C'est grâce au travail de la

mort que l'homme parvient à se remettre en cause, à se défaire des liens qu'il a longuement tissés, à provoquer des ruptures en soi.

Au niveau collectif, trois dimensions ou processus (acceptation de la mort, lutte pour la reconnaissance, remise en cause) peuvent se manifester dans les institutions. Certes, les institutions tendront à nier la mort, à encadrer la lutte pour la reconnaissance, dans des structures de pouvoir, à minimiser les remises en cause fondamentales, mais elles ne réussiront pas à empêcher totalement leur action sans se condamner à s'affaiblir peu à peu. En plus de ces dimensions, il y a dans l'institution thérapeutique un autre processus qui lui est spécifique : le processus de déliaison qui l'affecte depuis son origine. Un tel processus contient en germe la décomposition de l'institution. Mais il combat aussi le caractère excessif de liaison de la pulsion de vie sous son versant négateur de l'altérité radicale et créateur d'une forme stable.

Pour Enriquez (2019), le travail de la mort, en tant qu'il délie ce qui est trop fortement lié et qui est devenu résistance compacte, qu'il brise les identités défensives, qu'il secoue les structures établies, qu'il oblige à voir des problèmes là où l'on ne percevait que des comportements adaptés, condamne l'institution thérapeutique à identifier ses problèmes, à essayer de les traiter, à exiger de ses membres des conduites nouvelles, des confrontations avec l'imprévu en eux et chez les autres. La mort se présente alors sous le visage de la déstructuration/restructuration, de l'auto-organisation, de l'angoisse partagée et dépassée. Chaque fois qu'une institution a vécu une crise, a été traversée par la peur de retomber dans l'informe, a laissé libre cours à l'agressivité des individus, et chaque fois qu'elle a su qu'elle pouvait mourir et qu'elle s'est préparée à cette éventualité, elle s'est en fait donné les moyens de continuer à vivre. Quand elles ont pu faire des difficultés l'emblème de leur renaissance, quand elles ont pu côtoyer l'abîme et le regarder en face, elles ont senti le vent du large les fouetter et elles ont pu continuer à se frayer, avec plus d'humour et d'ironie, donc plus de lucidité, la route qu'elles s'étaient tracée, ou trouver de nouvelles voies où s'engager.

Au terme de ce qui précède, une révision des travaux actuels sur la pensée psychanalytique de l'institution a permis de distinguer deux grandes approches : l'approche du sujet singulier et l'approche du sujet du groupe. La première, représentée par les travaux de Freud (1923), traite de la relation d'objet. Dans celle-ci, les liens primaires affaiblis par la naissance font du corps de l'enfant le support de son fonctionnement psychique. Les contacts qu'il initie avec le monde extérieur ou l'objet visent prioritairement la satisfaction pulsionnelle. La mère occupant ici une place importante, du fait de la satisfaction des besoins primaires

qu'elle procure à l'enfant. La deuxième quant à elle, traite de la relation d'objet et met l'accent sur l'asymétrie relationnelle mère-enfant. Dans cette approche, la libido est tout aussi issue du groupe et se pose en termes de normes. C'est à partir de la ré-introjection de cette énergie transformée que l'enfant forme les représentations de lui et du monde. Cette approche rompt avec celle du sujet particulier et s'est développée sous l'impulsion des travaux de Bion (1961 ; 1962) et plus tard ceux d'Aulagnier (1975), Bléger (1979), Anzieu (1985) et Kaës (2019).

Dans la continuité à l'approche du sujet du lien, Kaës (2009) a ouvert la voie à une perspective dynamique dite approche de la psychanalyse du lien qui cherche à rendre compte de la place des phénomènes de groupe dans la construction du sujet. Elle intègre les interactions entre l'individu et l'institution et les considère comme fondateur de la réalité psychique en ce sens que les relations entre le sujet et le corps social sont médiatisées de façon précoce par des alliances profondes sans cessent perpétuer à travers les générations et étendue au cadre plus large des institutions primaires. Ces contenus psychiques inconscients instaurent et renforcent les liens bien qu'ils puissent être sujets à des crises. Suivant cette logique, l'analyse des fonctionnements institutionnels tient compte non pas de l'individu tout seul mais surtout du lien lui-même.

L'institution apparaît ainsi indispensable dans la construction du psychisme infantile. Elle régule les formations individuelles à partir de l'appareil psychique groupal se construisant dans les contrats qui assignent un certain nombre de fonctions psychiques à l'institution, lui permettant d'exister et de durer. C'est le cas de la fonction contenant, la limitation et l'étayage, etc. D'après Kaës (1979), la fonction contenant du cadre institutionnel est celle qui implique un travail actif sur l'archaïque dans l'optique de le rendre maîtrisable. Elle se décline en deux mouvements complémentaires qui sont : l'accueil ou l'hébergement des éléments bêta et la transformation en éléments alpha. L'hébergement correspond à la phase passive de la fonction contenant qui consiste essentiellement pour un sujet, un groupe ou une institution à recueillir et accueillir avec souplesse et bienveillance les formations psychiques propres à un ou plusieurs autres personnes. Il suppose une certaine facilité à s'ouvrir aux expériences d'autrui et implique la nécessité d'une prédisposition, sensibilité pour recevoir en soi, sans en être abîmé « ce qui n'a pas trouvé de lieu » Kaës (2012, p.643). Dans ce premier mouvement, l'institution thérapeutique apparaît comme un contenant, un lieu de dépôt ou d'hébergement qui abrite les aspects insupportables du vécu. Ces derniers correspondent aux éléments bêta. En d'autres termes, ce sont des éléments parcellaires, destructeurs (pulsions, affects, actes et autres objets

détériorés) qui se constituent comme de véritables barrières d'éléments nocifs qui empêchent l'activité de la pensée.

CHAPITRE 3 : LE PROCESSUS DE SYMBOLISATION

Dans le cadre de ce chapitre il sera tout question d'aborder le concept de mentalisation, de présenter une approche théorique de la mentalisation, de définir la symbolisation en faisant ressortir ses différentes approches et enfin évoquer le lien entre TDAH et symbolisation. Ceci en suivant la logique de Lecours et Bouchard (1997) qui présente la symbolisation comme l'une des dimensions de la mentalisation. Selon ces auteurs, la mentalisation désigne « une classe générale d'opérations mentales incluant la représentation et la symbolisation et conduisant à une transformation et à une élaboration des expériences pulsionnelles chargées d'affect en structures mentales de mieux en mieux organisées. » (De Tyche, Diwo & Dollander, 2000, p. 10).

3.1. LA MENTALISATION

Allen et Fonagy (2014) définissent la mentalisation comme la capacité naturelle de l'imagination humaine de percevoir et d'interpréter le comportement de soi-même et des autres comme étant associé à des états mentaux intentionnels. Ils caractérisent la mentalisation comme l'attention portée à la pensée et aux sentiments chez soi et chez les autres.

3.1.1. Le point de vue de Sow

Sow (1977) considère l'individu comme une totalité ordonnée et constituée par une triple relation polaire : verticale, horizontale et ontogénétique. Ces pôles ou ces éléments de la personne-personnalité situent respectivement l'individu dans son être, son identité et son existence. Pour lui, chaque axe présente son type d'agresseur et ses modes spécifiques d'agression, ainsi que des formes cliniques qui lui sont associées. Le sujet (Ego) étant en correspondance avec les pôles constituants par le biais de la structure intime qui le constitue. Il est constitué du corps ou enveloppe corporelle, des principes vitaux et du principe spirituel. Sow (1977) fait comprendre que la stabilité et la bonne qualité des liens avec ces axes est à l'origine d'une vie mentale stable et sereine. Au niveau des vécus de conscience de l'individualité, les différentes dimensions constituantes décrites de l'identité de soi, se manifestent selon l'axe considéré : vertical, horizontal et existentiel.

Sow (1977) permet ainsi de comprendre que la mentalisation peut être envisagée comme dépendante des interactions entre le sujet (Ego) et les axes qui le constituent. C'est une relation harmonieuse entre la personne-personnalité et ses pôles constituants qui lui procurent une certaine stabilité à la fois psychique et mentale. Lorsque les interactions entre la personne-

personnalité et ses axes constituant sont bonnes, celle-ci se retrouve dans un état de bien être à la fois psychique et physiologique auquel on peut inférer une incidence positive sur les fonctions mentales. À l'inverse, l'individu est en trouble à la fois mentalement, mais aussi physiquement. Selon l'auteur, ce triptyque polaire représente des réalités de cultures qui transcendent le sujet singulier, lesquelles ne constituent un fantasme individuel, encore moins un projet délibéré de défense développé par un individu singulier. La perspective de la mentalisation de Sow (1977) met un accent particulier sur le rôle central de la culture dans la qualité des processus psychiques et physiologiques. Le symptôme psychosomatique étant la résultante de la rupture du lien avec un pôle constituant de la personnalité.

3.1.2. Le point de vue de Luquet

Luquet (1981) lie le niveau de la mentalisation à la forme de pensée du sujet. Selon lui, chaque individu peut au cours de sa vie passer d'un niveau de pensée à l'autre en fonction des événements qu'il vit. Il distingue ainsi la mentalisation primaire de la mentalisation secondaire. La première implique l'élaboration de représentations de choses fournies par la liaison entre des expériences sensorielles de base et des images très primitives et très chargées d'affect. Le résultat est le maintien d'une équivalence entre la chose et sa représentation. Elle donnerait une forme élémentaire aux fantasmes inconscients. La deuxième quant à elle crée des symboles secondaires qui apparaissent riches en significations multiples et associés à une charge d'affect plus réduite. Cette forme de pensée se retrouve dans le rêve, le jeu et l'art ; elle repose sur les processus primaires et fait intervenir en particulier le déplacement, la condensation et la symbolisation (De Tychev, Diwo & Dollander, 2000).

Luquet (1991) distingue également la pensée intuitive métaconsciente qui se caractérise par une plus grande influence des processus secondaires et par des associations plus fréquentes avec les mots et le langage. La pensée verbale étant l'activité la plus pleinement mentalisée à partir de l'expérience intérieure qui est accessible. Elle est la moins chargée d'affects et la plus éloignée des processus corporels. Mais elle doit rester associée aux pensées métaprimaires et métaconscientes pour contribuer au maintien d'une langue vivante. Dans le cas inverse, elle devient un langage intellectualisé et appauvri (De Tychev, Diwo & Dollander, 2000).

3.1.3. Le point de vue de Bergeret

Bergeret (1991) développe ses positions en deux temps. Il a d'abord défini l'imaginaire comme un ensemble assez vaste au niveau de ses constituants : « c'est l'activité de rêves et de

fantasmes dont on a conscience ou pas, composée de fantasmes préconscients, conscients, inconscients ou primitifs » (De Tychey, Diwo & Dollander, 2000, pp. 10-11). Pour lui, c'est une fonction indispensable à l'équilibre psychique dans la mesure où « elle nous permet de ne pas nous sentir écrasé par une action trop intrusive ou trop impérative des facteurs extérieurs » (p. 11). Selon lui, imaginer c'est être capable d'engendrer des fantasmes, des rêveries, des rêves qui pour un individu mettent en images de façon très vivante sa place et sa manière d'être en représentation dans le monde de même que le modèle de ses échanges avec les autres.

La mentalisation correspond pour Bergeret (1991) à l'utilisation mentale qu'on va faire de l'imaginaire. C'est un des modes de fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à la somatisation et au comportement : la mentalisation est une attitude où l'imaginaire est traité, élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire ; c'est à dire sur le plan de représentations qui restent dans le domaine mental. C'est l'activité la plus noble de toutes les formes de fonctionnement imaginaire (De Tychey, Diwo & Dollander, 2000). Bergeret (1991) souligne par ailleurs le fossé qui sépare la mentalisation des voies comportementales et somatiques. Dans cette logique, on retrouve chez Bergeret (1991) une hiérarchie implicite assez proche de celle de Marty (1991) : « le langage somatique est plus archaïque que le langage comportemental, et ce dernier plus archaïque bien sûr que le langage exprimant la mentalisation devenue consciente » (De Tychey, Diwo & Dollander, 2000, p. 12).

3.1.4. Le point de vue de Pierre Marty

Marty (1991) introduit le concept de mentalisation pour rendre compte de l'activité précoce de transformation des excitations pulsionnelles somatiques et des affects en contenus mentaux symbolisés. Pour lui, c'est l'excitation pulsionnelle et l'affect qu'il s'agit de mentaliser pour passer à un niveau de représentation mais les mécanismes par lesquels se fait ce travail ne sont pas clairement conceptualisés. Selon lui, la qualité de la mentalisation dépend de la richesse du préconscient qui varie selon les individus. Il définit ainsi trois qualités du préconscient à savoir son épaisseur, sa fluidité et sa disponibilité. La mentalisation permettrait donc de catégoriser et de hiérarchiser les fonctionnements psychiques avec une classification diversifiée comprenant les névroses dites névroses de comportement, les névroses à mentalisation incertaine, les névroses bien mentalisées et les névroses mentales de la littérature classique. Marty (1991) accorde très peu de poids à la réalité externe, ce qui compte, c'est l'importance de l'excitation qu'elle déclenche au niveau psychique, c'est à dire la manière dont elle est vécue à un niveau intrapsychique par le sujet (De Tychey, Diwo & Dollander, 2000).

3.1.5. Le point de vue de Debray

Debray (1991) définit la mentalisation comme la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychiques et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit, selon lui, d'apprécier le type de travail psychique réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. Elle met ainsi l'accent sur la nécessité du travail d'élaboration des affects (angoisse, dépression) et sur la place centrale des conflits à réguler et sur leur nature qui n'est plus seulement intrapsychique mais aussi externe donnant implicitement davantage de poids à cette réalité externe. Debray (1991) attire l'attention sur le poids potentiel des défenses intrapsychiques qui sont sollicitées dans toute situation de conflictualité psychique et d'augmentation de charge de l'affect. Selon elle, un recours rigide à certaines d'entre elles (inhibition) peut interdire l'arrivée au conscient de tout affect et « court-circuiter » toute possibilité de travail d'élaboration mentale (De Tychev, Diwo & Dollander, 2000, p. 6). Debray (1991) semble conférer à la réalité externe davantage de poids en soulignant que la mentalisation ne porte pas seulement sur les conflits intrapsychiques mais également sur les conflits interpersonnels. Ce point de vue est d'ailleurs également défendu par Bergeret (1991).

3.1.6. Le point de vue de Dejours

Dejours (1995) renvoie la mentalisation à « un travail de la pensée du sujet sur ses représentations » (De Tychev & al, 2000, p. 6). Selon lui, c'est un processus de construction de la représentation qui suppose deux opérations : une diabolisation et une symbolisation. Le premier (la diabolisation) étant une opération de séparation au cours de laquelle le contenu mental de la pulsion doit être séparé du corps. Dejours (1995) pense que la symbolisation est l'achèvement du processus de mentalisation : « la symbolisation passe en effet par un prérequis qui est l'agir expressif...Il y a un temps de la symbolisation qui implique l'agir expressif, c'est à dire l'engagement du corps au service de l'expressivité de l'ordre érotique » (De Tychev, Diwo & Dollander, 2000, p. 7).

Dejours (1995) pense que les impasses de la relation aux parents dans les jeux du corps se concrétisent dans l'échec de la subversion de certaines fonctions corporelles qui restent sous le primat du physiologique, faute d'avoir été suffisamment subverties au profit de l'expressivité libidinale de l'intersubjectivité. C'est ce qui l'amène à parler de « forclusion de la fonction » hors de l'ordre érotique pour désigner l'échec de la subversion libidinale d'une fonction

biologique (De Tychey & al, 2000, p. 8). Selon lui, la décompensation somatique se dirigerait de manière élective vers la fonction forclosée de l'agir expressif ; elle surviendrait lorsque l'autre viendrait demander au sujet quelque chose qui l'obligerait à mobiliser la fonction forclosée. L'inhibition jouant là un rôle important car sans sa présence, la décompensation aurait peut-être pris la forme clinique d'un passage à l'acte compulsif (De Tychey, Diwo & Dollander, 2000).

3.1.7. Le point de vue de Fonagy

Fonagy (1996) définit la mentalisation à la fois comme la capacité de fonctionnement autoréflexif et l'aptitude à prendre en considération les états mentaux de l'autre dans la compréhension et le déterminisme de son propre comportement. Il insiste sur l'importance de l'attachement précoce sécurisant. Pour lui, cet attachement précoce sécurisant jouerait un grand rôle dans l'adaptation psychique future de l'enfant en particulier au niveau d'une dimension importante : sa capacité favorisée ou entravée de régulation des affects. Fonagy (1996) parle de bon ou mauvais fonctionnement autoréflexif. La capacité de l'enfant à contrôler l'expression de ses affects dépendrait de la représentation qu'il se fait de l'attitude du parent envers les propres affects qu'il émet. Il y a chez lui l'idée que la qualité de compréhension de nos propres états émotionnels s'étaye sur ce que nous avons décodé du miroir constitué par le visage et les paroles de nos parents au moment de l'expérience d'origine.

Pour Fonagy (1996), l'enfant parviendrait à élaborer, à contrôler ses affects par la symbolisation. Il formalise ainsi ses conditions d'apparition : « la symbolisation implique qu'au départ, le parent ait réussi à transmettre une image précise mais modulée de l'état affectif de l'enfant » (De Tychey, Diwo & Dollander, 2000, p. 4) par l'intermédiaire d'une verbalisation faisant office de miroir réfléchissant. Dans le cas inverse, l'enfant serait pour Fonagy (1996) incapable de différencier le réel du faux, de distinguer la réalité matérielle de la réalité psychique.

3.1.8. Le point de vue de Lecours - Bouchard

Dans la même optique que Debray (1991), Lecours et Bouchard (1997) pensent que la mentalisation a pour fonction d'absorber aussi bien les stressés externes qu'internes. Selon eux, les "processus de représentation, symbolisation et mentalisation sont souvent utilisés comme synonyme dans la littérature psychanalytique et qu'il serait préférable de définir chaque terme selon sa fonction spécifique » (De Tychey, Diwo & Dollander, 2000, p. 10). Lecours et Bouchard (1997) proposent la triple distinction suivante :

- la représentation est définie comme « le processus d'élaboration et d'utilisation d'une image mentale stable de la chose à la place de la chose. Elle lie des expériences de base à des images et à des mots ». Elle constitue donc « une première étape vers l'élaboration mentale ».
- La symbolisation est posée comme « une fonction qui lie les représentations mentales déjà formées ». Pour ces auteurs « la symbolisation conduit parfois à une utilisation abstraite des représentations en remplacement et en opposition avec le traitement concret de l'expérience immédiate. C'est donc la deuxième étape essentielle du processus de mentalisation ».
- La mentalisation quant à elle désigne « une classe générale d'opérations mentales incluant la représentation et la symbolisation et conduisant à une transformation et à une élaboration des expériences pulsionnelles chargées d'affect en structures mentales de mieux en mieux organisées. ».

3.1.9. Le point de vue de Chabot et ses collaborateurs (2015)

La mentalisation désigne le fait de comprendre les états mentaux à la base de ses comportements et ceux d'autrui. Elle est utile à la compréhension de la psychopathologie de l'enfant et se développe grâce à la relation affective que celui-ci entretient avec ses principales figures d'attachement (Chabot & al., 2015). Pour Fonagy et al. (2004) cité par Chabot et al. (2015), l'enfant développe les capacités à comprendre ses propres états mentaux et ceux des autres à partir de l'âge de deux ans. À ce stade, deux modes pré-mentalising se mettent en place : le mode « équivalent psychique » et le mode « fictif » (Chabot & al., 2015, p. 211). C'est l'intégration des deux modes qui donneront naissance à la capacité de mentalisation. Au stade autobiographique (6 ans), l'enfant peut organiser les souvenirs de ses expériences et leur attribuer une signification et une temporalité (Fonagy & al., 2004). Chabot et al. (2015) notent cependant que les capacités de mentalisation ne se développent pas de la même manière chez tous les enfants et au même moment. Selon eux, chaque enfant développe ses zones de vulnérabilité affective. Cela peut être dû à l'indisponibilité affective du parent qui ne reconnaît pas l'expérience de l'enfant de manière répétée sur une longue période.

3.1.10. Le point de vue de Mayi

Pour Mayi (2017), la mentalisation comme un processus psychodynamique visant à amoindrir l'impact des automatismes psychologiques et psychobiologiques sur le sujet ; à les

réorienter en leur donnant des tournures positives, c'est-à-dire favorables à ce dernier et à sa communauté ; à les éliminer afin d'adopter des solutions adéquates, mais qui dans leur visée sont définitivement toujours plus humaines. Cette approche de la mentalisation le situe dans une approche adlérienne de l'épanouissement du sujet en rapport avec sa communauté. Ceci permet d'aborder de plus en plus les faits de mentalisation comme impliquant la communauté et la culture. Plusieurs éléments du point de vue culturel permettent de saisir la mentalisation sous une perspective plus nuancée dans la conception africaine, selon Mayi (2017).

Pour Mayi (2017), la mentalisation serait l'expression d'une opposition structurale entre le psychisme et le soma, reflétant celle fondamentale dans le cadre de l'ethnophilosophie caucasique entre l'esprit et la matière, le corps et l'âme ; le dualisme, l'opposition entre deux substances opposées. Dans le cadre d'une compréhension scientifique de l'ordre du monde, elle rend compte d'un processus bipolaire. Celui-ci intégrerait, selon la spécialité des chercheurs, des dimensions psychologiques, biologiques, sociologiques, anthropologiques qui valent postulations et confortent les perspectives des auteurs, de même que les limitations qui les opposent. Cependant, ajoute Mayi (2017), une approche pragmatique retiendrait que ce qui importe est de signaler les variables psychologiques que ce processus intègre, à savoir les représentations, la pensée, l'imaginaire et la symbolisation.

3.1.11. Le point de vue de Janzack

Janzack (2018, p.5) considère la mentalisation comme « un processus mental représentationnel essentiellement inconscient qui consiste à identifier et à comprendre ses propres comportements et ceux des autres comme découlant d'états mentaux intentionnels ». selon elle, la mentalisation implique la capacité fondamentale de différencier la réalité interne de la réalité externe et de générer des représentations de ses propres états mentaux et de ceux des autres. Il s'agirait donc d'un processus de transformation du non-mental en mental, ce qui le différencie des passages à l'acte ou de la somatisation. Janzack (2018) estime que la mentalisation a plusieurs fonctions parmi lesquelles l'explication et l'attribution du sens aux comportements. Elle est également associée à la capacité de réguler les émotions et au maintien d'une image de soi stable. Une mentalisation mature et optimale présuppose la conscience de la nature symbolique et dynamique des états mentaux et une motivation stable pour les identifier, ainsi que la capacité d'utiliser des stratégies de régulation avancées en réponse à des expériences difficiles.

Pour Janzack (2018), un élément important de la mentalisation est la capacité à décrire les états mentaux d'autres personnes indépendamment de sa propre perspective et de son engagement dans la relation avec la personne sur laquelle on mentalise. Elle est associée à la capacité de garder ses distances par rapport à la perspective égocentrique définie par le contenu de son expérience intérieure. Selon elle, il est possible de distinguer trois fonctions principales de la mentalisation : la navigation dans le monde social, la navigation dans son propre monde intérieur, la régulation du monde social et du monde intérieur ainsi que le maintien d'un lien approprié entre eux. Ce qui est important chez elle, c'est que la mentalisation est un processus interactif.

3.1.12. Le point de vue de Matanova et ses collaborateurs

Matanova et al. (2022) définissent la mentalisation comme une forme spécifique d'activité mentale imaginaire liée à la perception et à l'interprétation du comportement humain en termes d'états mentaux motivés par des intentions. Elle comprend à la fois des facettes cognitives et affectives. Selon ces auteurs, la mentalisation se développe au cours de l'enfance par le biais d'interactions interpersonnelles avec une mentalisation plus mature et repose sur la qualité de l'attachement avec le principal dispensateur de soins de l'enfant. Au sens large, la mentalisation implique un processus de transformation d'éléments qui transforme les quantités physiques immédiates en quantités mentales associatives afin de limiter la libre circulation de l'excitation. Il s'agit d'un processus consistant à relier des idées entre elles, à créer des formes plus durables et à établir des voies associatives, dans le cadre du retraitement secondaire, afin de s'adapter à la réalité extérieure en créant des représentations durables de soi-même et des autres (Matanova et al, 2022).

3.2. LA SYMBOLISATION

La symbolisation, concept clé de la théorie psychanalytique, ne fait pas cependant consensus. Bien que plusieurs définitions de la symbolisation soient semblables, une lecture attentive montre que ce concept est mal délimité. Les frontières entre symbolisation, représentation, mentalisation, pensée, fonction symbolique, processus psychique et élaboration semblent très floues.

3.2.1. Approche définitionnelle de la symbolisation

Golse (1999a), repris par Delisle (2010), englobe toute une série de processus dans le concept de symbolisation. Selon lui, la naissance de la vie psychique correspond essentiellement à la mise en place des processus de symbolisation, c'est à dire, à l'instauration des capacités de représentation, de représentation du monde, de soi et des relations entre soi et le monde. Ces différents points de vue reflètent, comme le précise Delisle (2010), la complexité du phénomène, mais également le fait que l'appréhension des processus de symbolisation dépend de la façon dont ils sont abordés. Les définitions variant selon que l'on étudie l'émergence de la pensée psychique ou son fonctionnement, mais aussi selon que l'on s'inspire de la pathologie de l'adulte, de la pathologie de l'enfant ou encore de l'observation mère-bébé. Qu'il s'agisse de sa formation, de son fonctionnement ou encore de sa motivation, pour Delisle (2010), la symbolisation s'inscrit dans un cadre intersubjectif dans lequel l'objet est sollicité. Cette dimension de l'intersubjectivité est celle qui, selon elle, ouvre la voie la plus productive pour examiner l'utilité clinique du concept, notamment pour examiner les fonctions du thérapeute dans le développement des capacités de symbolisation.

Étymologiquement, le terme « symbolisation » vient du verbe « symboliser » qui signifie représenter par un symbole. Pour Quartier (2003), la racine grecque du verbe symboliser signifie « joindre, approcher ». Selon lui, le lien est à la base de la signification de ce terme qui traduit la correspondance d'un objet à un signe. Elle est selon Delisle (2010) la capacité de représenter psychiquement un élément par un autre. À la différence de l'équation symbolique (Segal, 1957), où il n'existe pour le sujet aucune différenciation entre le symbole et l'objet qu'il symbolise, dans la symbolisation véritable, ajoute-t-elle, la distinction entre les deux éléments (symbolisant et symbolisé) est maintenue. Reprenant Jeammet (1989) qui décrit la fonction de symbolisation comme « la fonction essentielle de la symbolisation est ainsi d'assurer un écart entre le symbole et l'objet symbolisé qui soit suffisant pour qu'il n'y ait pas confusion possible, mais qui ne soit pas tel que tout lien disparaisse (p.42).

Delisle (2010), affirme que cette définition met plus l'accent sur l'écart que sur la liaison qui unit deux éléments vraisemblablement afin de bien différencier la symbolisation de l'équation symbolique, c'est-à-dire là où cet écart n'existe pas. Selon elle, dans la véritable symbolisation, la capacité à différencier deux éléments est aussi essentielle que celle de lier ces deux mêmes éléments. La question de la distance permettant qu'un contenu sexuel ou agressif puisse être représenté sans qu'il y ait angoisse. Toutefois, poursuit-elle, dans l'équation

symbolique ce processus échoue puisque l'un est l'autre, parce qu'il n'y a pas assez de distance entre le symbole et le symbolisé. Symboliser, c'est alors avoir la capacité de créer des liens entre différentes représentations. Mais comme le rappelle Brunet (1997), il ne s'agit pas d'une liaison aléatoire et sans but ; il s'agit plutôt du transfert d'une qualité émotionnelle liée à la première représentation psychique vers d'autres représentations qui s'éloignent peu à peu de la représentation initiale de l'objet de la pulsion. (Delisle, 2010, p. 52).

Mayi (2017) quant à lui rattache la notion de symbolisation au symbole. Le symbole se constitue dans la continuité de la sensation rapportée ou non, de la perception et des images qui en découlent. Selon lui, il représente quelque chose tout en se déclinant très fréquemment au-delà de la représentation immédiate, primitive ou première de celle-ci. D'où le constat que la force du symbole va avec les pouvoirs d'évocation et d'invocation qui lui sont reconnus. Il est donc aussi bien un support d'expression qu'un moyen de manipulation de la réalité et d'autrui. Dans la clinique, ajoute-t-il, il est un signe à valeur figurative qui se donne ou est donné pour double représentationnel d'un conflit, d'un désir inconscient. D'où l'importance de l'ordre symbolique dans des rêves dont il est constituant et constitutif et dans d'autres productions imaginaires (complexes délirés, hallucinations, symptômes) et qui expliquent que la dominante interprétative de la clinique. Dans celle-ci, il n'est pas seulement question de signification (connaissances explicatives) mais véritablement de sens (restitution des valeurs justificatives en interprétation).

La logique du symbolisme de Mayi (2017) concerne les contenus et les formes de l'imaginaire dans des scénarios plus ou moins déterminés. Il s'agit entre autres des complexes d'Œdipe et de castration, du fantasme comme scénario de situations posturales, des modalités à déterminations narcissiques de la relation d'objet et qui sont la présence/présentification de l'objet, la privation, la perte d'objet, la castration, la forclusion. Ces scénarios qui peuvent être plus ou moins pathologiques et fondés sur des spécificités individuelles et à connotations posturales, comme les complexes d'infériorité et de supériorité.

Il suit Jung lorsqu'il fait participer le symbole à la dynamique des ces vécus de l'imaginaire qu'il nomme complexes et archétypes. Ce serait selon Mayi (2017) doublement des réservoirs et des canalisations d'énergie qui surdétermineraient les postures individuelles et collectives, rendant aussi bien compte de la pathologie que des possibilités offertes aux sujets d'établir des équilibres sains et/ou des réaménagements adéquats de leur personnalité.

Le symbole et mieux l'ordre symbolique permet ainsi à l'enfant TDAH de faire l'expérience d'une vie créative. La capacité à se représenter l'autre provoque celle de penser, de s'extraire du monde concret pour s'imaginer et réussir à transformer les expériences douloureuses par exemple tout en les inscrivant dans le champ d'expérience de ce qui a un sens, est de l'ordre du sens. L'intégration de la symbolisation dès l'enfance permet ainsi au sujet de faire face aux difficultés que la vie lui réserve, d'en faire sens pour les intégrer. Elle est alors un socle de progression au plan intellectuel, permettant à l'image mentale, l'imitation différée, le jeu symbolique, le langage et le destin. Il faut noter que deux approches se disputent l'émergence du processus de symbolisation : l'approche psychodynamique (Freud, Golse, Segal) et l'approche sociodynamique (Roussillon, Aulagnier, Kaës).

3.2.2. Approches psychodynamique de la symbolisation

Plusieurs auteurs psychanalytiques tentent d'expliquer l'émergence des capacités de symbolisation chez les enfants. C'est le cas de Freud (1920) à travers la compulsion de répétition ; de Golse (1999b) à travers le manque de l'objet.

3.2.3.1. Le point de vue de Freud

Freud (1920), dans *Au-delà du principe de plaisir*, s'indigne de ce que les différentes théories relatives aux jeux des enfants telles qu'exposées par Pfeifer (1919) s'efforcent de découvrir les mobiles qui président aux jeux des enfants, laissant ainsi de côté le point de vue économique, de considération en rapport avec la recherche du plaisir. En effet, Au cours d'une occasion qui lui avait été offerte d'étudier les démarches d'un garçon âgé de 18 mois, au cours de son premier jeu, qui était de sa propre invention, Freud (1920) fit une découverte qui allait changer le cours de l'histoire.

L'enfant qui ne présentait aucune précocité au point de vue intellectuel, ne pleurait jamais pendant les absences de sa mère, absences qui duraient parfois des heures, bien qu'il lui fût très attaché, parce qu'elle l'a non seulement nourri au sein, mais l'a élevé et soigné seule, sans aucune aide étrangère, avait cependant l'habitude de lancer une bobine en bois par-dessus le bord de son lit entouré d'un rideau, où elle disparaissait. Il prononçait son invariable o-o-o-o, retirait la bobine du lit et la saluait par un joyeux « Da ! » (« Voilà ! »). Tel était le jeu complet, comportant une disparition et une réapparition, mais dont on ne voyait généralement que le premier acte, lequel était répété inlassablement, bien qu'il fût évident que c'est le deuxième acte qui procurait à l'enfant le plus de plaisir.

Constat qui amena Freud (1920) à se demander comment concilier avec le principe du plaisir le fait qu'en jouant l'enfant reproduisait cet événement pour lui pénible? Est-ce parce que le départ précédait toujours le joyeux retour qui devait être le véritable objet du jeu ? Explication qui ne s'accordait guère avec l'observation, car le premier acte, le départ, formait un jeu indépendant et que l'enfant reproduisait cette scène beaucoup plus souvent que celle du retour, et en dehors d'elle. Il postula alors que le grand effort que l'enfant s'imposait avait la signification d'un renoncement à un penchant (à la satisfaction d'un penchant) et lui permettait de supporter sans protestation le départ et l'absence de la mère. Selon lui, l'enfant se dédommageait pour ainsi dire de ce départ et de cette absence, en reproduisant, avec les objets qu'il avait sous la main, la scène de la disparition et de la réapparition. Il est certain que le départ de la mère n'était pas pour l'enfant un fait agréable ou, même, indifférent.

Freud (1920) explique l'intérêt que l'enfant porte à l'objet du jeu par deux raisons. D'une part, il se trouvait devant ce départ, cette absence dans une attitude passive, le subissait pour ainsi dire ; et voilà qu'il assume un rôle actif, en le reproduisant sous la forme d'un jeu, malgré son caractère désagréable. L'enfant cherchait ainsi à satisfaire un penchant à la domination, lequel aurait tendu à s'affirmer indépendamment du caractère agréable ou désagréable du souvenir. D'autre part, le fait de rejeter un objet, de façon à le faire disparaître, pouvait servir à la satisfaction d'une impulsion de vengeance à l'égard de la mère et signifier à peu près ceci : « Oui, oui, va-t'en, je n'ai pas besoin de toi; je te renvoie moi-même. » (pp. 15-16). Ainsi, la tendance à s'assimiler psychiquement un événement impressionnant, à s'en rendre complètement maître ne peut se manifester par elle-même et indépendamment du principe du plaisir, car si l'enfant reproduit dans le jeu une impression pénible, c'est tout simplement parce qu'il voit dans cette reproduction, source de plaisir indirecte, le moyen d'obtenir un autre plaisir, mais plus direct (p. 15).

Bien que Freud (1920) n'ait obtenu aucune donnée certaine qui lui permette de confirmer les résultats, il est assez évident que tous les jeux d'enfants sont conditionnés par un désir qui, à leur âge, joue un rôle prédominant : le désir d'être grands et de pouvoir se comporter comme les grands. Tout comme le caractère désagréable d'un événement qui n'est pas incompatible avec sa transformation en un objet de jeu, avec sa reproduction scénique. Ainsi, avec Freud (1920), malgré la domination du principe du plaisir, le côté pénible et désagréable des événements trouve encore des voies et moyens suffisants pour s'imposer au souvenir et devenir un objet d'élaboration psychique. Avec Freud (1920), on voit déjà apparaître les prémices de ce

qui va plus tard être appelé symbolisation qu'il rattache à la compulsion de répétition. Il lui confère la fonction de lier les expériences négatives dotées d'une grande quantité d'excitation.

3.2.3.2. Le point de vue de Golse

L'idée que l'absence de l'objet soit la motivation de la symbolisation est tout de même abordée par certains auteurs en relation avec la position dépressive. C'est le cas de Segal (1957) qui ne croit la symbolisation possible que lorsque la position dépressive est atteinte. Selon lui, le recours au symbole permettrait à l'enfant d'épargner l'objet en dirigeant ses agressions potentielles non plus à l'objet, mais au symbole, qui est étroitement lié au symbolisé (ici l'objet) mais qui est perçu comme différent. Pour cet auteur, la symbolisation opérerait toute une série de processus intrapsychiques caractéristiques de la position dépressive qui stimule son apparition, entre-autre, elle permettrait de contrer l'angoisse. Cependant, on peut remarquer que son développement ne démontre pas que l'absence crée la symbolisation mais plutôt que la symbolisation permet de subjectiver l'absence à travers la position dépressive.

Golse (1999b) dans ses analyses, attribue l'émergence de la symbolisation à l'absence de l'objet. Selon lui, c'est l'état de manque, l'absence de l'objet qui constitue la motivation fondamentale de la symbolisation. Pour lui, le recours à la représentation interne permet de compenser les ruptures d'avec l'objet externe ; le fait de pouvoir se représenter l'objet atténue la détresse. Il établit ainsi, précise Delisle (2010), un lien important entre la capacité de symbolisation et les enjeux associés à la séparation tels que la différenciation moi/non-moi et l'accession à la position dépressive, puisque cette capacité permettrait à la séparation d'avec l'objet d'être moins angoissante.

Ainsi pour Golse (1999), la capacité de tolérer la frustration permet ainsi à la psyché de développer une pensée comme moyen de rendre encore plus tolérable la frustration tolérée et l'apparition de la fonction symbolique repose sur la participation du sujet, en tant qu'acteur des processus qui lui incombent. S'il est vrai que selon cette approche, il n'y a pas de réponse qui fasse consensus quant à l'émergence de la symbolisation, il est aussi vrai que Golse (1999b) centre l'émergence de la symbolisation sur le sujet (intrapsychique), réduisant ainsi l'objet à un rôle passif ; ce qui n'est pas le cas de l'approche sociodynamique. Le sujet est un sujet parlant et donc, un être social. Il a besoin de l'autre, des autres pour bien être lui-même. Sans les autres, l'homme n'existe pas. Au fond de nous-mêmes, il y a des questions pour lesquelles nous ne nous sommes jamais posées. L'humain est confronté à Eros et à ses désirs (Lacan, 2001).

Parlant de la naissance de la pensée, Golse (2010) pense que le corps du bébé s'est peu à peu retrouvé au-devant de la scène en tant que « voie royale » d'accès aux processus de subjectivation, de sémiotisation, de symbolisation et de sémantisation au sein de l'espèce humaine. Pour lui, le penser comme composante du système pare-excitation. L'enfant humain naît prématuré et a absolument besoin de la présence de congénères adultes comme auxiliaires de toute une série de fonctions. Ceci est clair pour les besoins corporels : il a besoin de sa mère pour pourvoir à son alimentation, à sa sécurité, à son hygiène, à sa santé... et, peu à peu, dans un mouvement d'autonomisation et de prise d'indépendance, il va intérioriser et prendre en son propre compte ces diverses fonctions afin de pouvoir, finalement, les assumer lui-même. Il en va de même pour la pensée.

Au début, affirme Golse (2010, p. 68), le bébé a besoin d'un autre pour penser ses propres perceptions, d'un autre qui lui prête en quelque sorte son « appareil à penser les pensées ». Tout seul, il serait nu et directement confronté au monde environnant et, de ce point de vue, la capacité de pensée intervient alors comme moyen de filtrage ou de tamisage, étant entendu que l'appareil psychique ne peut travailler que sur de petites quantités d'énergie. Autrement dit, le système pare-excitation de l'enfant se montre d'emblée double : une partie est prise en charge par l'adulte qui assure la fonction maternante, tandis qu'une autre partie est prise en charge immédiatement par le bébé lui-même à travers la régulation de ses états de vigilance, grâce à ses processus d'habituation bien mis en évidence par l'échelle d'évaluation néonatale de Brazelton, par ces capacités de démantèlement, et également par le biais de ses capacités précoces de proto-représentation mentale qui lui assurent une rencontre médiatisée avec les objets externes.

Golse (2010) considère le penser comme une réparation symbolique. Le penser permet par ailleurs une réparation symbolique de la discontinuité obligée de la relation du sujet (ou futur sujet) avec ses objets externes. C'est tout l'intérêt du jeu de la bobine qui profile ici avec le repli possible de l'enfant, en cas d'absence de l'objet primaire, sur une figuration matérielle et de plus en plus mentalisée de l'objet absent. Ceci revient à insister sur la fonction défensive des capacités de symbolisation vis-à-vis de la perte et de leur ancrage dans le « deuil » de l'objet primaire. L'activité de pensée consolide enfin les assises narcissiques du sujet dans la mesure où le fait de se sentir penser concourt à l'instauration d'une certaine continuité du sentiment d'exister à la différence de ce qui se passe au niveau du corps où, plaisir du fonctionnement musculaire ou sexuel mis à part, la santé physique se traduit de fait par un certain « silence des organes ». (Golse, 2010, p. 70).

3.2.3.3. Le point de vue de Bion

En analysant les troubles de la pensée dans les psychoses, Bion (1962), cité par Joly (2008) en est venu à formuler une théorie psychanalytique de la genèse de cette dernière. Il reprend et développe sur ce point certaines conceptions de Freud (1900, 1911) qui, dans le cadre du régime initial de l'état de détresse, décrit la décharge motrice émotionnelle, l'émergence de l'action adaptée, en rapport avec l'éclosion de l'attention, de la conscience, de la représentation et du processus de pensée. D'abord inconsciente, la pensée implique l'usage d'une énergie liée, sous la forme de petites quantités appliquées au prélèvement d'échantillons sensoriels.

Bion (1962) postule l'existence de pensées primitives, de « protopensées » antérieures à la formation de l'appareil à penser les pensées : ce sont des impressions sensorielles et des vivances émotionnelles liées à la présence, mais surtout à l'absence du sein. Selon lui, c'est en fonction du degré inné de la tolérance à la frustration, et en fonction de la qualité de la relation contenant-contenu, que ces protopensées peuvent être soit « admises à titre de problèmes à résoudre » et se développent en « éléments alpha », en pensées qui représentent la « chose-en-soi », soit, au contraire, vécues comme des « excroissances indésirables », de mauvais objets de l'espèce « non-sein », qui sont alors expulsés sous forme d'éléments bêta au moyen du mécanisme hypertrophié de l'identification projective.

Pour Bion (1962), la « fonction alpha » désigne la capacité symbolique primordiale qui permet les « transformations » de protopensées en de véritables représentations, c'est-à-dire en éléments alpha. Elle est la fonction même de « l'appareil à penser », avec lequel elle s'institue et qu'elle édifie progressivement. Selon lui, la prolifération d'éléments alpha s'organise en une « barrière de contact » (Freud, 1895), membrane semi-perméable, qui est comparable au processus du rêve et qui représente le principe de la séparation entre la réalité externe et la réalité interne, l'activité de veille.

Selon Bion (1962), pour que l'activité de pensée puisse se constituer, elle a besoin de conditions psychiques spécifiques qui permettent l'émergence de pensées, ainsi que celui d'un "appareil" qui peut prendre en charge le développement de ces pensées (Joly, 2008). Ces deux systèmes, développement des pensées et appareil à penser les pensées, apparaissent simultanément au cours de la psychogenèse ; les pensées feront pression sur l'appareil psychique et imposeront une activité de pensée qui, en retour, rendra possible le développement des pensées. Au début de la vie psychique, les pensées s'étaient essentiellement sur les impressions sensorielles où les échanges avec la mère occupent une place de premier rang. Le

processus qui spécifie l'activité de pensée passera par plusieurs phases allant des protopensées originelles aux préconceptions, puis aux conceptions, et enfin les pensées proprement dites.

Pour Bion (1962), les pensées sont au départ uniquement constituées par des impressions sensorielles et des traces émotionnelles liées principalement aux premières expériences de rencontre avec la mère. Il appelle ces traces des protopensées et elles se manifestent surtout lorsque l'enfant ressent un manque vis à vis de ces rencontres (c'est à dire en l'absence de la mère). Selon lui, ces pensées sont alors, consubstantiellement, accompagnées d'un vécu négatif à l'égard de cet objet/mère puisqu'il manque et qu'il est constitutif du désir (Freud, 1900). L'enfant est alors pris dans un double mouvement, d'une part les protopensées sont des impressions négatives dont le bébé va chercher à se débarrasser, mais d'autre part cet état le place en situation d'attente de quelque chose qui pourrait venir le soulager. Cette attente, Bion (1962) la désigne sous le nom de préconception, c'est à dire l'état par lequel le bébé est prédisposé à rencontrer l'objet pour projeter sur lui ce vécu négatif. Pour lui, cette notion d'attente, comme préconception de l'objet, est intimement liée à la notion très actuelle d'attention mentale, qui occupe aujourd'hui une place centrale dans le cadre des divers modèles s'intéressant aux troubles cognitifs (Joly, 2008).

Lors de la rencontre entre la mère et le bébé, ajoute-t-il, si la mère apaise le bébé par un contact gratifiant, il y a alors fusion de l'expectative de la mère avec l'expérience réelle du contact avec la mère, autrement dit d'une préconception avec sa réalisation. C'est cette réalisation qui fait naître une conception de la mère, caractérisée par sa qualité sensori-perceptive car, à cette étape, le bébé en est toujours à un éprouvé corporel et émotionnel de satisfaction. Dès lors, pour que cette étape se réalise correctement, il faut que la mère soit capable d'accueillir les sentiments de déplaisir du bébé en le soulageant de ses projections négatives et en l'aidant à modifier ses sensations.

Bion (1962) parle de capacités de contenance maternelle qui s'appuient sur la capacité de rêverie pour accueillir ces projections négatives et les restituer au bébé sous la forme d'une vivance émotionnelle transformée et adoucie : l'élément α . Il propose d'appeler fonction α cette capacité de transformation maternelle qui constitue la base de l'instauration des contenants de pensée. A ce stade-là, les éléments-alpha comprennent, entre autres, des schèmes visuels, auditifs, tactiles et olfactifs qui tiennent une place fondamentale dans le développement des processus de mémorisation (Joly, 2008).

Progressivement et au fil de la répétition des expériences de rencontres, note Bion (1962), si la mère est suffisamment contenant et si le bébé est capable de résister à la frustration liée au manque maternel, ce dernier installera en lui une conception-mère supportable car débarrassée de ces impressions négatives. C'est sur la base de cette conception que le bébé pourra ensuite, progressivement, développer des pensées proprement-dites lors des absences maternelles. Mais, si la fonction-alpha est défaillante, cette altération a pour conséquence que la personnalité ultérieure de l'enfant se trouve dans une très grande difficulté pour produire des pensées et pour tirer profit de l'expérience.

Une capacité de tolérance à la frustration suffisante combinée avec une aptitude de la mère à la "rêverie" permettra au bébé de mettre en marche les processus qui aboutissent à la production d'éléments α et des pensées. Mais si le nourrisson présente une intolérance à la frustration ou si la mère ne peut pas remplir cette fonction, le nourrisson se heurte à une réalité négative et l'absence de la mère est toujours vécue comme un besoin non satisfait, un élément β où la préconception se heurtant sur un vécu toujours négatif aboutit au développement pathologique de la pensée. Dans ce cadre, ajoute-t-il, les processus de différenciation et d'individuation sont mis en péril par l'atteinte qui est directement portée en direction de la construction objectale (Joly, 2008).

Le rôle primordial, dévolu ici au personnage maternel, est à rapprocher des conceptions développées par Winnicott (1962), notamment avec la fonction de holding maternel déterminant pour l'émergence de la vie psychique. Dans la continuité de ce premier modèle, il est intéressant, à l'image de Houzel (1991), de prolonger la réflexion et de relier la naissance et le développement de la pensée à une exigence de continuité, correspondant à ce que Winnicott (1960) a appelé le "sentiment de continuité d'existence", sentiment qui doit se maintenir malgré les inévitables discontinuités que l'enfant rencontre dans sa vie relationnelle. Ce sentiment procure à l'enfant un état primaire de sécurité qui permettra ensuite l'élaboration de la différenciation.

Pour Bion (1983), la symbolisation apparaît être l'expression d'un problème, d'une situation de manque engendrant une frustration. Ainsi, en face d'une telle situation, trois issues sont fondamentales pour développer ou non une pensée : soit la frustration est supportée, et se développe alors une capacité à élaborer la situation, engendrant un « bon cercle » aux effets bénéfiques : supporter permet de penser (Bion, 1983), penser aide à supporter (Freud, 1911).

Si la capacité de tolérer la frustration est suffisante, le ‘non-sens’ au-dedans devient une pensée et un appareil pour penser cette pensée se développe (...). La capacité de tolérer la frustration permet ainsi à la psyché de développer une pensée comme moyen de rendre encore plus tolérable la frustration tolérée (Bion, 1983, p. 127).

Soit la frustration n’est pas supportée, et s’enclenche un mouvement de « fuite » de la situation, avec déploiement de mécanismes visant à se débarrasser des contenus internes persécuteurs (l’absence du bon objet est vécue comme la présence d’un mauvais objet) et à attaquer les fonctions psychiques qui font prendre conscience du manque.

L’incapacité de tolérer la frustration fait pencher la balance dans le sens d’une fuite de la frustration (...) Ce qui devrait être une pensée, un produit de la juxtaposition d’une préconception et d’une réalisation négative, devient un mauvais objet, qui ne se laisse pas distinguer d’une chose en soi et qui n’est propre qu’à être évacué. [On a alors] non un appareil pour penser les pensées, mais un appareil pour débarrasser la psyché d’une accumulation de mauvais objets internes (Bion, 1983 p.127-8).

Soit la frustration est reconnue mais insuffisamment supportée, et se développent alors des réactions de toute-puissance, omniscience, oblitérant la possibilité « d’apprentissage par l’expérience ».

Si l’intolérance de la frustration n’est pas assez forte pour déclencher les mécanismes de fuite mais demeure trop forte pour supporter la domination du principe de réalité, la personnalité substitue l’omnipotence à l’union de la préconception, ou de la conception, avec la réalisation négative. Ce qui entraîne l’apparition de l’omniscience,

qui vient se substituer à l'apprentissage par l'expérience à l'aide des pensées et de l'activité de pensée. (Bion, 1983, p. 129).

En somme, pour Bion (1983), le processus de la pensée commence avec une frustration. Selon lui, le développement de la capacité de symbolisation est tributaire d'un équilibre entre la frustration et la capacité du sujet à pouvoir supporter cette frustration. Cette conception de la capacité du développement de la pensée telle que décrite par cet auteur présente un certain nombre de limites : non seulement, il ne décrit pas clairement le processus par lequel l'enfant développe cette capacité, mais également, il ne prend pas en compte le rôle de l'objet dans cette construction. Serait-il le cas chez Winnicott (1947) ?

3.2.3. Approche sociodynamique de la symbolisation

Les psychanalystes présents ici sont Winnicott (1947) avec l'objet transitionnel ; de Roussillon (2008) avec la fonction symbolisante de l'objet et d'Aulagnier (1975) avec le pictogramme

3.2.3.1. Le point de vue de Winnicott

Winnicott (1947), cité par Roussillon (2008), semble ne pas être d'accord avec la conception de la construction de la pensée de Bion (1983). Selon lui, le processus hallucinatoire se produit bien en cas de monter de la tension « pulsionnelle » et non pas seulement en cas de l'absence de l'objet de toute façon. Dire que le processus de la pensée ne prend place qu'en l'absence de l'objet revient à admettre une alternance entre hallucination et perception. Pour lui, en l'absence de l'objet, l'hallucination et l'excitation pulsionnelle vont être traitées soit par une décharge évacuatrice, soit par un mode de liaison et d'intrication. En présence de l'objet, de ses réponses accordées au processus hallucination et de la préoccupation maternelle primaire, l'hallucination va donner naissance à l'illusion primaire d'une autocréation de satisfaction et d'insatisfaction, ce qui va faire que l'enfant expérimente un pas dans son évolution.

Si, sous l'effet de la censure de l'amante ou de la baisse de la préoccupation maternelle primaire, cette adaptation de l'objet aux besoins de l'enfant faiblit et met en danger cette illusion primaire et le type de lien qui s'est ainsi mis en place grâce à l'objet et à ses soins, une poussée de destructivité liée autant à la détresse qu'à la rage devant l'éprouvé d'échec de l'accordage

maternel va se déclencher. La naissance de l'altérité de l'objet, et donc le début du processus de symbolisation dépendra de la réponse de celui-ci à la destructivité du sujet.

De manière générale, avec Winnicott, si ce n'est par l'écart introduit par l'objet sur fond de son adaptation aux besoins du sujet, c'est par la réponse de l'objet à la destructivité du sujet que s'établissent les préconditions pour qu'un travail de symbolisation puisse être possible. L'objet apparaît donc pour Winnicott (1947) autant celui sur lequel bute l'illusion primaire que celui qui permet que la destructivité soit l'occasion d'une découverte structurante.

3.2.3.2. Le point de vue d'Aulagnier

Aulagnier (1975) met sur pieds un modèle de l'appareil psychique qui privilégie l'analyse d'une des tâches spécifiques qui lui incombent : l'activité de représentation. L'objectif étant de montrer les facteurs qui, dans chaque systèmes, malgré la spécificité de leur mode d'opérer, obéissent à des lois communes à l'ensemble du fonctionnement psychique. Elle assimile l'activité de représentation à l'équivalent psychique du travail de métabolisation propre à l'activité organique. Selon elle, l'activité organique peut se définir comme la fonction par laquelle un élément hétérogène à la structure cellulaire est rejeté ou, à l'inverse, transformé en un matériau qui lui devient homogène.

Cette définition peut s'appliquer en tout point au travail qu'opère la psyché, à la différence près, que dans ce cas « l'élément » absorbé et métabolisé n'est pas un corps physique mais un élément d'information. Ainsi, l'activité de représentation apparaît être la fonction par laquelle un élément hétérogène à la structure de chaque système est rejeté ou, à l'inverse, transformé en un matériau qui lui devient homogène. Ces éléments étant de deux ordres : ceux dont l'apport est nécessaire au fonctionnement du système et ceux dont la présence s'impose à ce dernier qui se trouve dans l'impossibilité d'en ignorer l'action qui s'en manifeste en son champ.

Le modèle que défend Aulagnier (1975) repose sur l'hypothèse selon laquelle l'activité psychique est constituée par l'ensemble de trois modes de fonctionnement, ou par trois processus de métabolisation : le processus originaire, le processus primaire, le processus secondaire. Les représentations résultant de leur activité étant respectivement la représentation pictographique ou le pictogramme, la représentation phantasmatique ou le phantasme, la représentation idéique ou l'énoncé. Les instances résultant de la réflexion de ces activités sur elles-mêmes sont appelées le représentant, le phantasmant ou le metteur en scène, l'énonçant

ou le Je. Les lieux respectifs de ces activités et devant contenir les productions qu'on leur doit, étant l'espace originaire, l'espace primaire et l'espace secondaire. Au qualificatif de conscient et d'inconscient, Aulagnier (1975) redonne le sens qu'ils gardent dans une partie de l'œuvre de Freud : celui d'une « qualité » qui fait qu'une production psychique peut avoir place dans ce dont le Je peut avoir connaissance ou, à l'inverse, en être exclue.

Selon elle, ces trois processus ne sont pas d'emblée présents dans l'activité psychique, ils se suivent temporellement et leur mise en action est provoquée par la nécessité qui s'impose à la psyché de prendre connaissance d'une propriété de l'objet à elle extérieur, propriété que le processus antérieur était dans l'obligation d'ignorer. L'écart entre l'entrée en action du processus originaire de celle du processus primaire est extrêmement réduit, de même, l'activité du processus secondaire est fort précoce. La mise en place d'un nouveau processus ne comporte jamais la mise au silence du précédent. Chaque processus déjà mis en place continue son activité dans son espace. Parmi les éléments hétérogènes que chaque système pourra métaboliser, il faut donner une même place à ceux qui ont leur source à l'extérieur de l'espace psychique et à ceux qui sont endogènes à la psyché mais hétérogènes par rapport à un des trois systèmes. Les objets psychiques produits par l'originaire sont aussi hétérogènes à la structure du secondaire que l'est la structure des objets du monde physique que le Je rencontre et dont il ne connaîtra jamais que la représentation qu'il s'en forge. Il y a homologie entre le traitement imposé par les trois processus aux objets appartenant à la réalité physique et celui qu'ils imposent aux objets appartenant à la réalité psychique : des deux ne peut exister pour chaque système qu'une représentation qui a métabolisé l'objet qui a sa source en ces espaces en un objet dont la structure est devenue identique à celle du représentant.

L'acception qu'Aulagnier (1975) donne au terme de structure dépend de celle donnée à l'objet auquel elle l'applique : la Représentation. Toute représentation confronte à une double mise-en-forme : mise-en-forme de la relation imposée aux éléments constitutifs de l'objet représenté mise-en-forme de la relation présente entre le représentant et le représenté. Cette dernière est le corollaire de la précédente : il s'agit en effet pour chaque système de représenter l'objet de manière à ce que sa « structure moléculaire » devienne identique à celle du représentant. Cette identité structurale est assurée par l'immutabilité du schéma relationnel propre à chaque système, elle a comme premier résultat que toute représentation est indissociablement représentation de l'objet et représentation de l'instance qui le représente, et toute représentation dans laquelle l'instance se reconnaît représentation de son mode de percevoir l'objet.

Si on déplace dans la sphère du processus secondaire, et du Je qui en est l'instance, précise Aulagnier (1975), on peut faire une analogie entre activité de représentation et activité cognitive. Le but du travail du Je étant de forger une image de la réalité du monde qui l'entoure et de l'existence duquel il est informé, qui soit cohérente avec sa propre structure. Selon elle, connaître le monde équivaut pour le Je à se le représenter de manière à ce que la relation liant les éléments qui en occupent la scène lui soit intelligible : c'est-à-dire que le Je peut les insérer dans un schème relationnel conforme au sien propre. La représentation du monde, œuvre du Je, est donc la représentation de la relation présente entre les éléments qui en occupent l'espace et conjointement de la relation présente entre le Je et ces mêmes éléments.

Tant qu'on reste dans le registre du Je, ajoute-t-elle, il est facile de montrer que cette mise en relation ne vise l'acquisition d'aucune connaissance de l'objet en soi, c'est là l'illusion du Je, mais bien de pouvoir établir entre les éléments un ordre de causalité qui rende intelligibles au Je l'existence du monde et la relation présente entre ces éléments. L'activité de représentation devient donc pour le Je synonyme d'une activité d'interprétation : le mode selon lequel l'objet est représenté par sa nomination dévoile l'interprétation que se donne le Je de ce qui est cause de l'existence de l'objet et sa fonction. Pour Aulagnier (1975), le propre de la structure du Je est d'imposer aux éléments présents dans ses représentations un schéma relationnel conforme à l'ordre de causalité qu'impose la logique du discours.

3.2.3.3. Le point de vue de Roussillon

Roussillon (1999) établit une distinction entre symbolisation primaire et symbolisation secondaire. Le processus de symbolisation procède donc à un travail de liaison à deux niveaux du fonctionnement psychique. La symbolisation primaire relie une première inscription de la chose psychique à une représentation de chose, c'est-à-dire « un composé multisensoriel, multisensuel, qui condense et amalgame en une forme première, éprouvé de soi et éprouvé de soi en rapport à l'autre, pulsions et complexité des mouvements pulsionnels de soi et de l'autre, perceptions internes et externes » (Quartier, 2003, p. 135).

Roussillon (1999) dément ainsi une conception passive d'un objet qui se laisse symboliser. Selon lui, la symbolisation procède davantage d'une rencontre complexe au cours de laquelle l'objet à symboliser est également l'objet pour symboliser. La fonction symbolisante de l'objet (Roussillon, 1997a), caractérisée par sa tolérance et sa malléabilité, permet ainsi à l'hallucination d'être accueillie et de prendre forme dans l'objet. L'apparition du langage et la reconnaissance de l'objet séparé favorisant le travail de la symbolisation secondaire

(Roussillon, 1999), structurant et secondarisant les contenus psychiques. Ainsi, les représentations de choses se transforment en représentations de mots.

Parlant de la symbolisation primaire, Roussillon (2008) se rend compte d'une part qu'Anzieu (1987), à travers le concept de « pictogramme » et Aulagnier (1975) avec celui de « signifiants formels », décrivent des processus de transformation, ce qui inscrit leurs propositions de fait au sein d'une métapsychologie des processus psychiques. Pour lui, il s'agit de processus de transformation car les processus décrits, tant chez Aulagnier (1975) que chez Anzieu (1987), sont des processus qui posent la question des premières formes d'appropriation subjective : « les processus décrits représentent des formes de la transformation nécessaire pour rendre possible l'appropriation subjective mais sans que celle-ci, du moins chez Anzieu qui sera ici mon appui principal, soit clairement explicitée » (p. 820).

Roussillon (2008) repose la symbolisation sur la représentation-chose d'un objet Médium Malléable ; représentation qui dépend en grande partie de la rencontre avec un environnement maternel suffisamment adaptable et transformable pour s'ajuster aux besoins psychiques du nouveau-né. Selon lui, quand l'environnement premier se montre rigide, peu adaptable, qu'il tend plutôt à plier le bébé à ses impératifs propres plutôt qu'à s'adapter à ses besoins ; quand la relation première tend à inverser les données nécessaires, la symbolisation primaire est en difficulté. L'effort du sujet, pour « devenir sujet », va donc être de tenter « à tout prix » de rendre « malléable » cet environnement rigide. Mais quand ce travail « pour rendre malléable » un environnement rigide est en échec alors le sujet se retire de lui-même, il se retire dans un bunker interne, il cherche à se protéger de la rencontre avec un objet sur lequel aucune action ne lui paraît possible. Un pont doit donc pouvoir être établi entre le travail de symbolisation primaire, qui va de pair avec le processus de subjectivation et le processus de « devenir sujet » du petit enfant puis de tout sujet par la suite.

Au demeurant, la symbolisation primaire est selon Roussillon (2008) le processus qui fait passer de « la matière première » de l'expérience, la trace mnésique perceptive qui porte la trace sensori-motrice de l'impact de la rencontre du sujet avec un objet encore mal différencié, mal identifié, qui mêle part du sujet et part de l'objet, à une possibilité de scénarisation susceptible de « devenir langage », susceptible d'être narrée à un autre sujet, d'être ainsi partagée et reconnue par un autre sujet pour devenir ainsi intégrable dans la subjectivité. Mais un tel processus, s'il peut au bout d'un certain temps devenir autonome, ne peut s'accomplir

dans les premiers temps que s'il y a un « déjà-sujet » là pour partager et reconnaître le processus en cours.

Quant à la symbolisation secondaire, Roussillon (2008) en vient à postuler que le sujet en voie d'advenir nécessite la mise en place de son appareil de symbolisation, appareil qui nécessite un apport de l'environnement, plus précisément un apport de l'objet primaire, de l'objet. En d'autres termes, le rapport entre le futur sujet et son objet primaire se transfère dans le rapport du sujet à la symbolisation. C'est-à-dire, dans le rapport du sujet à l'activité de symbolisation se transfère le rapport du futur sujet à son objet primaire. C'est-à-dire, qu'il semble s'établir une relation transférentielle entre le rapport à l'objet ou à l'autre-sujet et le rapport à l'activité de symbolisation elle-même ou au processus et/ou à l'appareil de symbolisation. Selon lui, il y a une sorte de reproduction, déplacée dans le rapport à la symbolisation, du rapport à la fonction symbolisante des objets œdipiens. L'objectif étant de creuser plus, ou de déployer d'autres aspects de la fonction symbolisante des objets. De manière tout à fait particulière, il cherche à exposer certains processus psychiques typiques dans les pathologies narcissiques identitaires, à savoir approfondir ce qui permet à un sujet d'advenir. En passant par une théorie de la mise en place d'un appareil de symbolisation chez le futur sujet. Il s'est ainsi appuyé sur des cas cliniques, plus spécifique des patients de pathologies identitaires narcissiques.

Concernant la réponse de l'objet à l'activité de symbolisation ou les autres aspects essentiels de la fonction symbolisante de l'objet, les résultats de Roussillon (2008) lui permirent de découvrir que l'objet doit pouvoir proposer des objets pour symboliser, « survivre » au travail de symbolisation qui s'effectue avec ces objets, « survivre » au déploiement des autoérotismes et à la manière dont ceux-ci atteignent et transforment la relation, la réfléchissent à leur tour. Réciproquement, la manière dont le sujet utilise les objets symbolisants va permettre de diffracter et d'analyser certaines caractéristiques premières du rapport à l'objet, ainsi rendu cernable « après-coup ». Un vécu de destruction des capacités de symbolisation invite ainsi à s'interroger sur la présence d'un traumatisme primaire, et un vécu de destruction de l'objet ou du lien à l'objet ; ainsi l'indisponibilité des mots ou de la matière pour symboliser ouvre-t-elle la question de la disponibilité de l'objet, la stéréotypie rigide des formulations ou du style, et pose-t-elle le problème de la sensibilité de l'objet et celui de ses zones d'insensibilité.

Dans le rapport à l'objet, c'est-à-dire de la différence entre utilisation de l'objet et relation d'objet, Roussillon (2008) découvre que le jeu apparaît être un analyseur ce

rapport. Selon lui, c'est dans le jeu et par le jeu que peut-être différencié « après-coup » ce que relève de la relation d'objet et ce qui relève de l'utilisation de l'objet. C'est dans sa mise en œuvre que la différence se « creuse » et se découvre, qu'elle devient perceptible et représentable. C'est donc après coup et grâce au jeu lui-même que l'écart entre relation d'objet et utilisation de l'objet va devenir mesurable, que la relation à l'objet, va pouvoir être dégagée du poids de l'utilisation de l'objet, et celle-ci utilisée pour symboliser cette relation. Ce qui signifie d'ailleurs que cet écart est relatif à un état donné du travail du jeu, et qu'il va être modifié par l'avancée de symbolisation, celle-ci modifie donc la relation à l'objet. Relation d'objet et utilisation d'objet sont donc dans un rapport de complémentarité dialectique mouvant en fonction de l'avancée et du déploiement de la fonction symbolisante ; elles sont à la fois différenciées et « non séparables » ; l'une ne peut être pensée sans référence à l'autre. Pour lui, il n'y a pas de lien aussi direct entre le « symptôme » affectant le rapport à l'appareil de symbolisation, et l'histoire des conditions de la rencontre avec l'objet.

Roussillon (2008) précise également que l'amorce du travail de symbolisation primaire surgira du nécessaire travail de réorganisation après-coup du monde d'expérience d'illusion primaire en fonction de la nouvelle donne de l'expérience subjective. Ainsi, si ce n'est par l'écart introduit par l'objet sur fond de son adaptation au besoin du sujet que s'amorce le processus de la symbolisation, c'est par la réponse de l'objet à la destructivité du sujet que s'établissent les préconditions nécessaires à la symbolisation. L'objet étant ici autant celui sur lequel bute l'illusion primaire que celui qui permet que la destructivité soit l'occasion d'une découverte structurante. L'illusion et la destructivité apparaissant comme la matière première de l'activité représentative. Pour que l'objet soit découvert, précise-t-il, en plus de survivre à la destructivité, il doit sortir de l'orbite de la destructivité pour rétablir le contact avec le sujet. Selon lui, l'objet, en ceci il témoigne de son existence comme autre sujet. C'est cette reprise de contact qui est décisive dans la découverte de l'extériorité de l'objet, les deux autres caractéristiques n'étant que des préconditions pour que la reprise de contact advienne. Pour qu'un sujet advienne, il faut que son appareil de symbolisation soit mis en place, et celui-ci pour se faire, a besoin des apports extérieurs, notamment de l'objet, autre sujet.

Pour Bion (1983), les aspects de la fonction symbolisante de l'objet sont : la fonction pare-excitante et l'attracteur oedipien. Or, selon Roussillon (2008), ces aspects sont insuffisants pour aborder et rendre compte de la clinique particulière qui nourrit son idée. Pour lui, l'oedipe et sa fonction d'attracteur liant pour la symbolisation souligne une condition générale, c'est-à-dire son cadre de déploiement ; il contient bien à la fois ce qu'il y a à symboliser et comment il

faut symboliser, mais d'une manière globale. Le passage de la symbolisation primaire à la symbolisation fruit du travail psychique n'est pas traité dans ce modèle, et souvent, il est écrasé par des processus identificatoires. Or la réponse à l'identification ne vaut qu'un cache-misère (Roussillon, 2008). Plutôt, ce sont les processus sous-jacent à l'identification symbolique qu'il faut expliquer et donc rendre compte. Il propose alors un modèle général qui dégage une fonction réflexive des réponses du sujet aux émois, détresse et pulsions du sujet.

Bion (1983) préfère le concept de rapport à l'objet, plus vague, à celui de relation d'objet qui concerne la relation entretenue avec un sujet séparé et différencié. S'appuyant sur Winnicott qui demande de différencier la problématique de la relation d'objet de l'utilisation de l'objet, Roussillon (2008) note que le rapport à l'objet concerne le rapport dialectisé qui s'établit entre relation d'objet et utilisation de l'objet. Selon lui, le registre de l'utilisation de l'objet concerne l'objet pour symboliser, en ce sens que l'objet se prête au jeu de la symbolisation, qu'il accepte d'effacer ou d'atténuer le rappel de son altérité pour permettre celle-ci. Dans ce domaine spécifique des besoins du moi, l'utilisation de l'objet prolonge la préoccupation maternelle primaire et se déploie dans les jeux intersubjectifs qui prennent valeur de situation ou moments symbolisants.

Si toutes les approches ne semblent pas converger quant à la définition à donner à la notion de symbolisation, toutes semblent cependant d'accord sur l'utilisation des méthodes projectives comme outils d'évaluation pour systématiser l'étude de la symbolisation. Que signifie la symbolisation dans le cadre de ce travail ?

3.2.4. La symbolisation et l'enfant TDAH

Dans le cadre de ce travail, nous adoptons le point de vue de Condat (2011, pp. 39-40) sur la symbolisation chez les enfants TDAH. Pour elle, la symbolisation chez cet enfant signifierait deux choses : « être présent où il est attendu » et « absent où on ne l'attend pas ». Ainsi, l'enfant TDAH qui accède aux capacités de symbolisation selon nous, est celui qui s'arrête de bouger comme s'il était « conduit par un moteur » ; celui qui ne bouge pas beaucoup ses mains ou ses pieds, ne gigote pas sur sa chaise ; qui n'est pas souvent parti de sa chaise où de là où il devait s'asseoir quand il n'était pas supposé se déplacer ; qui n'est pas souvent en train de courir ou grimper sur quelque chose quand il n'était pas supposé le faire ; qui n'a pas de difficulté à rester en place plus de dix minutes ; qui n'est pas plus bavard que les autres ; qui ne fait pas plus de bruits que les autres quand il s'amuse ou à l'école. C'est également un enfant qui ne coupe la parole ou n'interrompt pas les autres dans ce qu'ils sont en train de faire ; qui

ne se mêle pas des affaires des autres ; qui ne donne pas les réponses avant que quelqu'un ait fini de poser les questions ; qui n'a pas de difficulté à attendre son tour. Il ne se met pas souvent dans une situation dangereuse parce qu'il n'a pas réfléchi à ce qu'il faisait. C'est un enfant qui doit bouger ou parler quand il est supposé le faire.

Concernant l'inattention, un enfant TDAH ayant accès aux capacités de symbolisation n'aura pas de difficulté à maintenir son attention ou sa concentration sur ce qu'il fait. Il fait des choses qui nécessitent une attention durable ; n'a aucune aversion pour les choses qui nécessitent une attention durable ; qui n'a pas de difficulté à garder son attention sur ce qu'il fait quand quelque chose d'autre se passe en même temps ; qui s'organise, se rappelle où il a mis ses vêtements, ses livres, ses projets ; qui essaie de faire peu de choses en même temps ; qui n'est pas souvent en retard, qui est là où il est supposé être, a le temps de faire les choses correctement. L'enfant TDAH qui a accédé à la symbolisation n'a pas souvent des problèmes à finir ses devoirs ou d'autres activités qu'il était supposé faire, encore moins perdre des choses dont il avait besoin. Il oublie rarement ce qu'il était supposé de faire ou ce qu'il avait envisagé de faire fait très peu d'erreurs parce qu'il lui est difficile de faire les choses attentivement ; il entend ce que les autres lui disent. Il finit toujours ce qu'il a commencé.

Dans la même logique, la dé/symbolisation signifie également deux choses : « être présent où on ne l'attend pas » et « absent où on l'attend » (Condat, 2011, pp. 39-40). Ainsi, dans le cadre de ce travail, il s'agira d'un enfant qui présente le tableau clinique suivant concernant l'hyperactivité et l'impulsivité. Enfant « sur le départ », ou n'arrêtant pas de bouger comme s'il était « conduit par un moteur » ; bouge beaucoup ses mains ou ses pieds, gigote sur sa chaise ; souvent parti de sa chaise où de là où il devait s'asseoir quand il n'était pas supposé se déplacer ; souvent en train de courir ou grimper sur quelque chose quand il n'était pas supposé le faire ; a de difficulté à rester en place plus de dix minutes ; plus bavard que les autres. Il fait plus de bruit que les autres quand il s'amuse ou à l'école, coupe la parole ou interrompt les autres dans ce qu'ils sont en train de faire. Se mêle des affaires des autres ; donne les réponses avant que quelqu'un ait fini de poser les questions. Il a de difficulté à attendre son tour. Se met souvent dans une situation dangereuse parce qu'il n'a pas réfléchi à ce qu'il faisait.

Concernant l'inattention, la désymbolisation se traduira par la difficulté à maintenir son attention ou sa concentration sur ce qu'il fait. Il a souvent essayé de ne pas faire les choses qui nécessitent une attention durable. Il a une aversion pour les choses qui nécessitent une attention durable. Il présente de difficulté à garder son attention sur ce qu'il fait quand quelque chose

d'autre se passe en même temps. Il est très mal organisé, ne se rappelle pas où il a mis ses vêtements, ses livres, ses projets ; essaie de faire trop de choses en même temps, est souvent en retard, n'est pas là où il est supposé être, n'a jamais le temps de faire les choses correctement. Il a souvent des problèmes à finir ses devoirs ou d'autres activités qu'il était supposé faire. Il a souvent perdu des choses dont il avait besoin. A souvent oublié ce qu'il était supposé de faire ou ce qu'il avait envisagé de faire. A souvent fait beaucoup d'erreurs parce qu'il lui est difficile de faire les choses attentivement. A souvent l'air de ne pas entendre ce que les autres lui disent.

3.3. SYMBOLISATION ET ÉPREUVES PROJECTIVES

La clinique de l'enfant TDAH confronte tout particulièrement à la nécessité de proposer un espace de médiation dans la rencontre clinique, parfois en dehors de toute perspective diagnostique, dans une perspective de la mobilisation d'un dispositif à même d'accueillir les différents mouvements de la vie psychique dans une approche particulièrement centrée sur une dynamique des processus. Une réflexion sur le recours aux épreuves projectives en clinique de l'enfant TDAH s'impose donc afin de situer les différents enjeux qui accompagnent cette proposition.

3.3.1. Les épreuves projectives : un cadre pour symboliser

La référence à une métapsychologie des processus semble en mesure de préciser la manière dont les épreuves projectives participent à une fonction de butée des opérations de symbolisation de l'enfant et de l'adolescent. Roussillon (1997) s'est intéressé aux processus perceptifs et symbolisants stimulés lors des épreuves projectives (Delisle, 2010). Selon lui, la conscience perceptive est le résultat d'un travail organisateur du psychisme à partir des données perceptives brutes extérieures. Il a spécifiquement décrit comment s'effectuait la traversée organisationnelle et transformatrice de la perception brute au sein de l'appareil psychique. Celle-ci se déroule en quatre temps :

- le premier (somatique) est celui de la réception du stimulus : on présente le matériel ambigu au sujet, ce qui l'amène à amorcer les représentations ;
- le deuxième temps correspond à la « traversée » du Ça et est un temps pré-représentatif. La perception est alors investie libidinalement et également organisée en fonction de la préhistoire personnelle et culturelle du sujet.

- le troisième temps concerne la subjectivité, comment le Moi va réagir à la perception. La perception devient alors subjectivée et signifiante pour le sujet. A ce propos, Roussillon (1997) écrit :

Quand il peut donner sens à la perception, c'est-à-dire intégrer celle-ci dans la trame des représentations de choses qu'il a pu construire en fonction de son histoire et de ses capacités de symbolisation primaire, le Moi va alors admettre en son sein l'indice de perception et l'intégrer dans un scénario primaire de symbolisation. (Delisle, 2010, p. 64).

- le quatrième temps correspond à un niveau de symbolisation secondaire de la perception, dans lequel, la représentation de chose activée par la perception, vise à atteindre le préconscient. La censure intrapsychique intervient alors et transforme, signifie l'indice de perception afin que celui-ci s'harmonise avec l'organisation « officielle » du Moi. L'indice perceptif est finalement relié aux représentations de mots et donne lieu à la formulation de la réponse.

Roussillon (1997) repris par Delisle (2010), découvre que les dispositifs projectifs du TAT et du Rorschach, en sollicitant un processus de symbolisation progressif peuvent permettre le repérage de ces différents niveaux de symbolisation. Cependant, il précise que le dispositif du Rorschach permettrait spécifiquement d'aborder les processus de la symbolisation primaire compte tenu de sa faible pré-organisation perceptive. Par contre le TAT viserait, quant à lui, des processus plus secondarisés. Il semble donc pour Roussillon que les épreuves projectives puissent apporter un éclairage à propos des processus de symbolisation qu'ils sollicitent.

Roman (1997a) abonde également dans ce sens. Il estime que les épreuves projectives constituent « Un cadre pour symboliser, un cadre pour mettre à l'épreuve les capacités de symbolisation du sujet. » (Delisle, 2010, p. 65). En tant que cadre suscitant une rencontre entre réalité interne et réalité externe, l'épreuve projective instaure une aire transitionnelle propice à la symbolisation. S'inspirant du modèle de symbolisation exploré par Freud avec le jeu de la bobine, Roman (1997a) propose trois ordres d'indices principaux pouvant renseigner sur les opérations de symbolisation dans le champ des épreuves projectives. Il propose de distinguer la qualité et l'efficacité des procédures de différenciation du stimulus. Plus particulièrement, il insiste sur le rapport figure/fond en tant que révélateur des processus de symbolisation

primaires. Il envisage le fond blanc de la planche comme une métaphore de l'enveloppe maternelle primitive, considérée comme un espace dans lequel se déploie la symbolisation, soulignant sa dimension contenante.

Par la suite, Roman (1997a) distingue un autre indice renseignant sur les processus de symbolisation : les modalités d'investissement de la motricité. Elles renseignent sur la possible représentation du mouvement et par extension sur les capacités de symbolisation. Selon lui, il faut être attentif non seulement aux kinesthésies repérées dans les verbalisations mais également à tout acte moteur se manifestant lors de la passation. En dernier lieu, cet auteur identifie la nature du recours au langage comme indice de symbolisation. Celle-ci renseignant sur les processus de symbolisation secondaire, en ce sens qu'elle interroge le lien entre les représentations-de-choses et les représentations-de-mots. Le langage renseigne également sur les catastrophes de symbolisation (Roman, 1997b) qui peuvent être repérées notamment dans les ratés de la verbalisation, les ruptures dans le discours, les glissements, les confusions (Delisle, 2010).

À travers ce paradigme, Roman (1997) propose une méthode qui permet de repérer les processus de symbolisation grâce aux épreuves projectives. La question des catastrophes de symbolisation a été abordée par lui-même dans ses travaux antérieurs (Roman, 2001) et reprise par Claudon (2001) dans le champ d'une approche clinique de l'hyperactivité. Lorsqu'il s'est intéressé au repérage des catastrophes de symbolisations à travers les épreuves projectives, Roman (1997) étudiait le champ de la clinique psychosomatique. S'appuyant sur les théories de Green qui identifie un déficit des processus de liaison à l'œuvre dans le symptôme psychosomatique, il s'est interrogé entre autres sur les procédures de liaison entre représentation-chose et représentation-mot. Il s'inspire également des théories sur le deuil originaire puis du concept de Moi-peau d'Anzieu pour proposer plusieurs problématiques concernant l'activité de symbolisation et ses rapports avec le somatique.

À partir de la clinique infantile en psychosomatique, Roman (1997b) identifie quatre indices concernant les catastrophes de symbolisation que l'on peut relever à l'épreuve de Rorschach. Ces indices sont les suivants:

- des configurations de réponses qui s'établissent dans l'ordre de la perception immédiate.

- des modalités de productions de réponses dominées par des effets de « blanc » affectant le discours, ou, plus précisément, les liaisons internes au discours.
- des contenus de réponses qui mettent en jeu des représentations qui s'établissent dans ce que je nommerai des « Îlots de déni », manifestant au regard du stimulus même, l'effet de « catastrophe de symbolisation » (Delisle, 2010, p. 67) ;
- des réponses, qui, dans le processus de production, ..., témoignent de l'effraction des fonctions contenantantes et pare-excitatrice.

Roman (1997b) propose ainsi des pistes théoriques et méthodologiques qui méritent d'être éprouvées cliniquement, y compris dans le champ de l'hyperactivité infantile comme il le suggère lui-même.

D'un point de vue quantitatif, constate Delisle (2010), plusieurs indices ont été identifiés comme témoins d'une faille dans les processus de symbolisation. Parmi ceux-ci le nombre de kinesthésies humaines et le nombre de réponses par protocole seraient les plus étudiés. D'autre part, bien que Roussillon (1997) et Roman (1997a ; 1997b) aient abordé rapidement l'étude des processus de symbolisation à travers plusieurs épreuves projectives, leur choix s'oriente vers le Rorschach comme outil permettant une analyse fine de tels processus. Laissant ainsi l'apport d'épreuves projectives sur les processus de symbolisation. En effet, lors d'une recherche sur la capacité de symbolisation chez des enfants psychotiques, Brunet (1997) avait adapté un instrument projectif (l'Archetypal Test with 9 elements (AT-9)) afin d'étudier cette fonction chez une population infantile. Cette épreuve projective avait déjà été développée en tant qu'instrument visant l'étude de la symbolisation par Cohen et ses collaborateurs (1983), mais uniquement chez l'adulte.

Dans son étude, Brunet (1997) avait minimalement modifié la consigne du test 1 afin de s'assurer de la compréhension de la consigne. Les résultats démontraient que l'AT-9 s'avérerait un test discriminatif quant à l'évaluation des capacités de symbolisation chez une population psychotique versus non-psychotique. Selon l'auteur, ce test se révélerait donc un test prometteur pour l'étude des problèmes de symbolisation. Toutefois, l'auteur soulève une réflexion quant à la validité interne de cette étude, à savoir si « la construction même de l'AT-9 mesure réellement les capacités de symbolisation » (Delisle, 2010, p. 68). Bien qu'il soit difficile d'affirmer que les phénomènes observés soient directement reliés aux capacités de symbolisation, tant leur conceptualisation est complexe et peu délimitée, Brunet rappelle la correspondance entre les théories de Bion concernant la formation du symbole et les substrats théoriques à partir desquels

Durand a construit l'AT-9. Cette réflexion relance le débat sur une définition de la symbolisation et la compréhension qu'en ont les divers cliniciens et théoriciens.

Delisle (2010) remarque aussi que plusieurs auteurs psychanalytiques identifient un problème de symbolisation dans la compréhension dynamique mais surtout économique du recours aux actes, dans diverses organisations psychiques, qu'elles soient pathologiques ou non. C'est le cas de Balier (1996) qui note la difficulté de symbolisation de criminels, difficulté perceptible à travers l'organisation de leurs rêves, de Casoni et Brunet (2003), qui montrent comment le recours à l'agir peut constituer une décharge purement économique court-circuitant le processus habituel de symbolisation des tensions internes. Selon Delisle (2010), certaines hypothèses concernant le recours à l'agir impliquent un défaut de symbolisation, voire une faillite des processus de symbolisation, d'autres y voient une tentative inaboutie de symbolisation, mais il est possible d'y voir également un processus anti-symbolisant, voire une attaque contre les liens. Ces diverses interprétations soulèvent des questionnements méthodologiques et psychopathologiques puisque d'une part, elles reflètent la difficulté de cerner, de repérer les processus de symbolisation et d'autre part, elles soulignent également la difficulté d'appréhender des mécanismes psychiques à partir d'un symptôme, aussi délimité soit-il.

Pour Delisle (2010), la diversité des méthodes et des réflexions qui tentent de repérer les capacités ou les processus de symbolisation à travers les méthodes projectives rend compte de la difficulté de cerner un tel phénomène. Étant donné la cohérence théorique des réflexions proposées par Roussillon (1997) et Roman (1997a ; 1997b), ainsi que les méthodes exposées par Roman (2001), Delisle (2010) s'est inspirée de celles-ci afin de construire sa propre méthodologie.

3.3.2. Cadre de la passation des épreuves projectives

En interrogeant, à partir du dispositif de la cure analytique, le mode d'investissement de la neutralité, Roussillon (2018) découvre qu'il y a déplacement de la fonction-neutre de l'analyste sur une fonction-neutre portée par le matériel projectif. C'est cette fonction-neutre du matériel, garantie par le clinicien en ce qu'il énonce une consigne porteuse de tous les possibles, qui soutient la qualité de médium malléable de la situation projective. L'enjeu essentiel, selon lui, est de pouvoir offrir à l'enfant ou à l'adolescent, dans le cadre de la situation projective, l'actualisation d'un fond maternel primaire, en référence au modèle de la cure analytique. C'est ce fond qui serait en mesure de contenir les différents enjeux portés par la malléabilité de la

situation, dans la rencontre spécifique avec le stimulus de l'épreuve projective. Cette rencontre force la symbolisation et, partant, force les processus fondateurs de l'instauration de l'objectalité (sur le double versant du matériel et du clinicien).

3.3.2.1. Fonctions du fond : le blanc de la planche de Rorschach

Roussillon (2018) convoque la position du fond, comme arrière-plan et comme support au sein du dispositif clinique de l'épreuve projective. Il note que le fond blanc de la planche de Rorschach contient un certain nombre de fonctions, propres à constituer un cadre pour la production des réponses, qui tiennent dans sa qualité de fond muet du dispositif :

- le blanc a une fonction de support pour le déploiement du travail de la symbolisation, voire une fonction d'attracteur de la symbolisation, en référence aux expériences primaires. Il serait alors représentant de l'enveloppe maternelle primitive, support des mouvements pulsionnels en direction de l'objet primaire qui, contenus dans le cadre du matériel, vont donner corps à l'élaboration représentative.
- le blanc est cadre pour la représentation, représentant de l'absence de représentation (Roman, 1997b). En tant que cadre, on peut considérer que celui-ci exerce une fonction de dépôt des mouvements pulsionnels archaïques.
- le blanc soutient la fonction de jeu du dispositif en instaurant, dans le lien dialectique qui l'attache au matériau de l'épreuve (fond blanc de la planche de Rorschach, blanc-cadre de la planche de TAT, plateau de jeu du Scéno-test, doudou de la Mallette projective première enfance [MPPE], etc.), une fonction d'écart autorisant l'établissement d'un jeu pulsionnel, et confirmant les conditions du maintien du comme si , afin de soutenir la circulation entre affect et représentation .
- le blanc, dans la figure en creux qu'il énonce, maintient l'unité des investissements pulsionnels, et se propose comme conteneur de l'ambivalence des engagements affectifs.
- le blanc, ou la trace en blanc qui inscrit la vacance, soutient, nous l'avons vu, une fonction-neutre (Roman, 2001) du dispositif projectif, fonction-neutre supportée par le clinicien, garante de la vectorisation pulsionnelle et de ses débordements au travers des règles fondant la situation projective, règles à la fois implicites et objet

d'énonciation au travers de la consigne : libre association, limitation de l'expression motrice au matériel de l'épreuve projective, etc.

Pour Roussillon (2018), l'enjeu de la définition du cadre qui organise la rencontre avec le matériel de l'épreuve projective engage a priori les conditions dans lesquelles le clinicien va se trouver mobilisé, à la fois dans le temps de la rencontre clinique et dans le temps de l'élaboration clinique des productions de l'enfant ou de l'adolescent. Les prochains développements visent à préciser, sur le plan de la méthode et sur celui de la démarche de traitement du matériel, les repères nécessaires à une pratique de l'épreuve projective du Rorschach chez les enfants Hyperactifs.

3.4. SYMBOLISATION, ÉPREUVE PROJECTIVE ET TDAH

Sans étudier spécifiquement les processus de symbolisation, déclare Delisle (2010), plusieurs études ont utilisé le Rorschach auprès d'une population d'enfants hyperactifs. Bartell et Solanto (1995) présentent une recherche effectuée auprès de 24 enfants ayant un diagnostic d'hyperactivité. Le but étant d'évaluer et de décrire la personnalité de ces enfants en s'appuyant sur les résultats obtenus au Rorschach selon la méthode d'Exner. Cotugno (1995) a sensiblement réalisé la même étude, cette fois-ci auprès de 120 enfants diagnostiqués hyperactifs. Petot (2001) s'est proposé d'étudier le fonctionnement des enfants hyperactifs auprès de 20 enfants. Elle a utilisé le Rorschach et la méthode d'analyse d'Exner.

Claudon (2006) publie un article visant à expliciter les particularités psychiques des enfants hyperactifs (N= 26). Il s'appuie sur une recherche qu'il a réalisée entre autres avec deux épreuves projectives (le test de Contes et le Rorschach). Afin de rendre compte de ses résultats, il s'appuie sur des analyses quantitatives et qualitatives. Cohen de Lara et Guinard (2006) proposent une étude croisée entre 2 approches: psychodynamique et neuropsychologique. Afin de rendre compte de l'approche psychodynamique, ils analysent entre autres les protocoles de Rorschach et de TAT de 26 enfants hyperactifs. Les méthodes d'analyses utilisées allient le quantitatif et le qualitatif.

3.4.1. La spécificité du Rorschach en clinique infanto-juvénile

La pratique de l'épreuve de Rorschach en clinique infanto-juvénile est une pratique ancienne depuis Rorschach (1947). Rausch de Trautenberg (1997) rappelle que cette pratique s'inscrit sur l'expérience d'un jeu populaire, investi par les enfants, et consistant dans la

réalisation de taches d'encre et le décryptage de celles-ci. Elle se rend compte que Rorschach (1947) ne prend pas en compte de manière explicite la population infanto-juvénile pour l'élaboration de sa méthode. Pour elle, l'épreuve de Rorschach, au travers de l'engagement clinique qu'elle requiert, est ainsi venue soutenir un mouvement de pensée qui a accompagné la naissance de la psychiatrie et de la psychopathologie infanto-juvénile contemporaine.

L'épreuve de Rorschach propose à l'enfant ou à l'adolescent une énigme : « Qu'est-ce que cela pourrait être ? » demandait H. Rorschach. Cette énigme, dont les adolescents ont d'ailleurs souvent du mal à se saisir, organise une modalité perceptivo-projective de rencontre (« entre réalité et fantasme ») avec une situation nécessairement ambiguë. Pour Rausch de Trautenberg (1997), le doute ouvert par la rencontre avec la planche interroge les assises narcissiques-identitaires de l'enfant ou de l'adolescent au travers de la nécessité de mettre en forme une figure informe. Dans sa pratique avec les tout-petits, elle insiste sur les engagements sensoriels du matériel dont toutefois aucun enfant ou adolescent ne peut faire l'économie. À cet égard, la réponse produite dans la verbalisation porte en elle-même les traces tant de la qualité des processus de pensée que du registre d'élaboration fantasmatique qu'il convient de référer au développement de l'enfant rencontré.

3.4.2. La symbolisation et le Rorschach chez les enfants TDAH

Dans le cadre de l'évaluation des capacités de symbolisation chez les enfants TDAH, deux cadres théoriques permettent de rendre opérationnel ce concept : il s'agit de Claudon (2006) et Richèle (2017).

3.4.2.1. *Le point de vue de Claudon (2006)*

A partir de ses propres travaux (Claudon, 2001, 2002, 2003 et 2004) Claudon (2006) établit un profil psychologique de l'enfant TDAH à l'aide d'une épreuve projective, le test d'encre de Rorschach. Pour Claudon (2006), les enveloppes psychiques supportent des fonctions spécifiques pour le fonctionnement du sujet et participent au développement ainsi qu'à la continuité de sa vie psychique globale. Dans la problématique d'instabilité psychomotrice de l'enfant, poursuit-il, on constate que l'agir se situe à la périphérie de plusieurs domaines, il s'agit au moins du corps, de la relation à l'environnement, et de l'inscription du geste dans ce tissu corps/relation.

Claudon (2006) affirme que si l'image du corps est spécifiquement interne au psychisme et partie essentielle du narcissisme primaire, la représentation de soi se transpose dans le lien à

l'objet, elle donne au sujet un sentiment réalisé de soi entre sensorialités et émotions/affects ; c'est une représentation essentiellement inconsciente qui actualise au sein de la vie psychique un sentiment de soi. La représentation de soi étant donc évolutive et dynamique, elle se construit et se modifie au cours du développement de l'enfant en fonction des expériences corporelles, émotionnelles, objectales et sociales du sujet. Pour lui, la représentation de soi pose déjà un repère identitaire, elle oriente les actions et les comportements de l'enfant en fonction du contexte relationnel, elle véhicule potentiellement toute l'intentionnalité de l'enfant parce qu'elle représente la synthèse, l'image unique de la personnalité constituée in situ.

Selon Claudon (2006), cette notion de représentation de soi est utile pour notre recherche sur le fonctionnement psychique de l'enfant instable car elle permet, d'abord, au plan conceptuel, de concevoir des liaisons entre les racines de l'identité (le sentiment de soi, sa représentation dans le moi, les images du corps) et le fonctionnement narcissique profond du sujet (les sensations corporelles notamment proprioceptives, le narcissisme primaire). Ensuite, au plan méthodologique, cette notion peut être opérationnalisée, notamment avec l'épreuve projective du Rorschach qui sonde spécifiquement les images du corps et la représentation de soi qui en résulte.

L'objectif étant de mieux décrire chez des enfants instables certains fonctionnements psychologiques profonds qui sont étroitement liés à l'agir corporel, Claudon (2006) observe le mécanisme psychodynamique d'une représentation de soi qui révèle une fragilité de l'identité en construction : fragilité des limites de l'image du corps et fragilité du sentiment de continuité des fonctionnements d'enveloppe psychique. Selon lui, pour se construire, cette représentation de soi attire et contient des sensations des mouvements du corps, ce qui tend probablement à stimuler des actions corporelles. Au Rorschach, les indices spécifiques du psychogramme ont permis à claudon (2006) d'observer la fracture générale de l'activité de représentation/symbolisation. Il s'agit donc pour lui d'une première image de la façon dont l'enfant se vit dans l'aire transitionnelle de cette épreuve. Selon lui, ces particularités qui apparaissent et constituent les indices pour analyser la mise en place des images du corps sont nombreuses.

L'espace imaginaire : il est présent mais son utilisation mentale est perturbée et il est réduit par rapport aux enfants dits normaux. Selon Claudon (2006), cet espace s'observe à travers un nombre de réponses faible ; un contrôle formel de la perception est plus fort ; les

images de kinesthésies humaines K et autres kinesthésies k sont nettement plus rares ; des capacités globales d'adaptation par les réponses banales sont nettement plus faibles (p. 178) ;

Les localisations des percepts (appréhension globale G ou détaillée D de la tâche,). À l'inverse de leur fonctionnement clinique aux plans cognitif et neuropsychologique, Claudon (2006) trouve que les enfants instables ne se dispersent pas et au contraire ils rassemblent et globalisent énormément la perception. Pour lui, les opérations de symbolisation au Rorschach chez ces enfants élargissent la représentation comme s'il s'agissait d'appréhender un objet forcément total et global, très proche d'une image de corps globale, très proche de la réalité de la vision du corps et de son entité somatique (p. 180).

Les mouvements de planche pendant la passation (Mp). Claudon (2006) découvre que ces positionnements de la planche par le sujet ($\wedge > < \vee$) traduisent l'acting sur le matériel en cours de passation, et en partie la liaison somato-psychique de l'enfant au cours du travail de symbolisation/représentation de la passation du Rorschach, puisque c'est pour élaborer la représentation et les affects associés que l'enfant met en acte son corps qui concrétise une liaison avec l'objet perceptif et réel : la planche et sa tâche. Selon lui, ils renseignent ainsi en partie sur le déploiement de l'enveloppe corporelle dans le processus de pensée ; les agirs instables étant aussi beaucoup plus fréquents et envahissent l'espace projectif : se lever ; lancer et faire bouger les planches ; stéréotypies ; s'agiter et se décentrer du bureau pendant la passation ; aller chercher un objet externe à la passation (jouet, crayon...). L'aire transitionnelle paraît décalée, déformée, réduite, ne permettant que peu d'activité projective (p. 180).

La fréquence des réponses donnant des représentations d'altération de l'image du corps et aussi de fragilité des limites contenantes. Claudon (2006) les qualifie de réponses anatomiques, réponses crues dans le registre corporel, image de corps (entier ou partiel) désignant une problématique de l'enveloppe et des limites ; ces images sont le plus souvent unitaires mais soumises à une altération soit de l'enveloppe (bêtes écrasées ou coupées) soit de l'état (bêtes mortes ou inertes ou déformées). Pour lui, les représentations corporelles ne permettent pas comme chez les enfants dits normaux de situer l'objet dans une nomination ou une délimitation claire des objets malgré un contrôle formel important (F%). De façon dominante, et proche de la proprioception, c'est la prégnance du registre corporel qui semble motiver les instables. Selon lui, le corps est ainsi évoqué pour lui-même, pour la corporéité et les dimensions majeures qu'elle implique (limites, espaces propres, sécurité et continuité de

l'objet, repérages identitaires et représentation de soi). Les réponses à contenu anatomique fréquentes expriment clairement la fragilité des limites entre soi et l'extérieur (p.181).

Le recours à l'agir. Claudon (2006) réalise que le recours à l'agir est dominant au cours de la passation du Rorschach et exprime la représentation ou la tonalité affective d'une réponse, la passation étant faite d'un tissu de mouvements corporels qui émergent à chaque nouvelle réponse. Pour lui, la mise en mot de la réponse n'apparaît que secondairement et se place sur ou dans ce tissu corporel. Mimes des réponses et gestes en écho à la valence affective de la représentation émergente sont deux signes dominants de cette modalité. Selon lui, c'est la liaison entre représentation chose et représentation-mot qui est questionnée, marquée cliniquement ici par une difficile constitution d'une intériorité édifiant les limites entre réalités interne et externe ; au final, l'objet est trop excitant ou trop présent, la représentation de soi est surtout vécue dans la réalité somatique des proprioceptions (p. 181).

La fréquence des représentations d'actions toniques peu élaborées. Il ressort des travaux de Claudon (2006) que ces représentations mettent en scène d'une part beaucoup de kinesthésies dites mineures (animal kan et objet kob) impulsives et brutales, d'autre part des actions agressives dont l'objet est précisément du registre corporel ; et cela dans un contexte où la somme des kinesthésies [K + k] est bien plus faible que pour les enfants dits normaux. Selon lui, les enfants instables montrent clairement une libération ponctuelle mais répétée d'agressivité souvent crue et qui met en image une partie du corps ou un corps entier dénaturé, les contenus de mort étant fréquents. Pour lui, les images d'action ont une nette tendance désorganisatrice chez les enfants instables (p. 183).

Par ailleurs, Claudon (2006) note que l'investissement excessif de cette représentation de soi et de l'agir-action concomitant est aussi lié à ce que la motricité du corps peut facilement servir de contenant pour un matériel psychique non pensé ou pas assez pensé, car conflictualisé dans la relation à l'objet maternel. En affirmant cela, il s'inscrit dans la même perspective que Golse (1996) qui avait déjà introduit l'idée d'un mécanisme similaire en étudiant le fonctionnement de l'agir instable comme une « *deuxième peau psychique substitutive* » en regard des effets de la dépression maternelle.

3.4.2.2. Le point de vue de Richelle (2017)

Afin de rendre plus observables et mesurables les processus psychiques au Rorschach, Richelle (2017) a mis sur pied trois dimensions importantes de la symbolisation : les processus

de pensée et investissement de l'intelligence, les facteurs de socialisation et la dynamique affective.

Les processus de pensée ou investissement de l'intelligence. S'il est bien admis que le test de Rorschach n'est pas à strictement parler un test au même titre qu'une échelle de Weschler, et ne mesure donc pas le niveau de l'intelligence (par la calcul d'un Quotient Intellectuel par exemple), il malgré tout une certaine appréhension de la qualité des processus de pensée et du fonctionnement intellectuel il donne les indications sur « le rendement intellectuel réel du sujet, sur la façon dont son intelligence /bnctionne dans les situations concrètes de l'existence » (Richelle, 2017, p. 80). En d'autres termes, il permet de voir cornrment une personne mobilise ses ressources cognitives et. Finalement utilise son intelligence. Richelle (2017) voit les signes de liintelligence dans les facteurs suivants : G% élevé, F+% élevé, type d'appréhension riche et souple, nombre élevé de kinesthésies, A% bas et un nombre élevé des réponses originales.

Les facteurs de socialisation et le rapport au réel. Pour Richelle (2017), ces facteurs sont à analyser conjointement aux éléments précédents car ils permettent de se faire une idée sur le niveau d'adaptation globale du sujet, en particulier pour ce qui relève des processus cognitifs. Elle conseille de se pencher sur l'analyse en configuration des facteurs suivants : l'A%, les réponses Ban, les D%, les F%, les F+%, les H% et l'utilisation des déterminants doubles (FC, FE). Ces indices compris dans la marge des normes attendues pour une population non clinique renvoient à une bonne appréhension de la réalité et à des capacités adaptatives et relationnelles adéquates. Des indices trop élevés suggèrent un conformisme excessif, un manque d'expressivité personnelle avec un étouffement des affects, une rigidité dans l'appréhension des différentes situations rencontrées. À l'inverse, des indices trop bas reflètent des troubles de l'appréhension de la réalité et des capacités adaptatives qui évoquent l'existence d'un trouble psychopathologique pouvant être trop invalidant.

La dynamique affective. Il s'agit ici pour Richelle (2017) de déterminer « la manière de se vivre soi et les autres, de vivre le monde, d'exprimer les conflits, la problématique, l'angoisse qu'elle déclenche et les moyens de lutte mobiliés contre le malaise et la souffrance » (p. 82). Les facteurs habituellement pris en compte à cet égard sont : le F%, la forme de l'affectivité ([FC/CF, C], la C et le RC%), le Type de Résonance Intime (TRI), la formule complémentaire (fc), les mécanismes de stabilisation de l'affect (K, F+%, G élaboré, D de bonne qualité, les mécanismes de destabilisation.

3.4.3. Synthèse des données du cadre théorique

Au terme de cette première partie, il appert que toute institution est avant tout un garant métapsychique, en ce sens qu'elle apparaît comme un cadre sur lequel se fonde la vie psychique de chaque sujet. Les alliances inconscientes tiennent une partie de leur fonction conservatrice des qualités propres à ce garant. La défaillance de ces alliances, par insuffisance, excès, rupture ou dévoiement, met en crise les garants métapsychiques des membres de l'institution. Ces garants sont les appuis de la formation et du fonctionnement de la psyché et sont ordonnées aux processus de symbolisation et de subjectivation (Kaës, 2014). L'espace psychique commun et partagé par les membres de l'institution étant constitué par des formations métapsychiques telles les alliances inconscientes. C'est l'accès à cette représentation et à ce passage de l'individu à l'universel, de sujet singulier au sujet de groupe qui ouvre l'accès au symbolique. Dans ce processus de dé-singularisation réside le moteur du processus de subjectivation.

Le Rorschach apparaît également, à travers son fond blanc, comme un cadre (Roussillon, 2018), comme arrière-plan et comme support pour le déploiement du travail de la symbolisation, voire une fonction d'attracteur de la symbolisation. Il serait alors représentant de l'enveloppe maternelle primitive, support des mouvements pulsionnels en direction de l'objet primaire qui, contenus dans le cadre du matériel, vont donner corps à l'élaboration représentative. L'enjeu de la définition du cadre qui organise la rencontre avec le matériel du Rorschach engage a priori les conditions dans lesquelles le clinicien va se trouver mobilisé, à la fois dans le temps de la rencontre clinique et dans le temps de l'élaboration clinique des productions de l'enfant TDAH. Ainsi, le cadre théorique de Richelle (2017) à travers ses trois dimensions (les processus de pensée et investissements de l'intelligence, les facteurs de socialisation et la dynamique affective), est celui qui a été retenu pour ce travail.

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE DE L'ETUDE

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Ce chapitre précise le dispositif méthodologique sur lequel s'étaye le travail de recherche. Après avoir posé les jalons conceptuels et théoriques de l'étude à travers la construction de l'objet d'étude, il est question dans ce chapitre, de déterminer le cadre méthodologique qui va permettre la collecte, l'analyse des données et l'interprétation des résultats. Il s'agira de cerner le type de recherche, identifier les sites et la population, définir les instruments de collecte et d'analyse des données.

4.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

La littérature scientifique sur la désymbolisation chez les enfants TDAH à permis de de poser une question principale et des questions secondaires.

4.1.1. Question principale de l'étude

La question centrale demande une exploration du phénomène central à l'étude. Elle est en accord avec la méthodologie émergente de la recherche qualitative. Dans la recherche qualitative, l'intention est d'explorer l'ensemble complexe de facteurs entourant le phénomène central (la désymbolisation) et de présenter les diverses perspectives ou significations des participants (Creswell, 2009). La question principale de cette étude est la suivante : « Quels sont les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? » Cette question correspond bien au questionnement de type « Comment », lequel est cohérent avec les finalités descriptives et explicatives de l'étude de cas (Yin, 2009, cité par Dahl & al, 2014, p. 86).

4.1.2. Questions spécifiques de l'étude

Creswell (2009) recommande de poser une ou deux questions centrales suivies de cinq à sept sous-questions au maximum. Celles-ci restreignent le champ de l'étude mais laissent le questionnement ouvert. Le cadre théorique de la désymbolisation chez les enfants TDAH (Richelle, 2017) a permis de cerner ce phénomène et d'asseoir ce projet de thèse sur des bases solides. S'inspirant de l'opérationnalisation du concept de symbolisation comme Richelle (2017) donne à voir, nous avons formulé les questions spécifiques de la manière suivante :

- « Quels sont les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la pauvreté des processus de pensée et au désinvestissement de l'intelligence des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? ».
- « Quels sont les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la faiblesse de la dynamique affective des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? »
- « Quels sont les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la baisse des facteurs de socialisation et du rapport au réel des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? ».

4.2. RAPPEL DES HYPOTHESES DE L'ETUDE

Une hypothèse de recherche se veut être une réponse provisoire à la question de recherche. Elle met en relation une variable et un comportement, un processus ou une fonction mentale et puise généralement sa substance dans les élaborations théoriques de la discipline ; ce qui exige du chercheur une bonne connaissance de la théorie (Ébalé Moneze, 2019). Pour Gagnon (2012), avant d'entreprendre la partie terrain, il est de poser certaines hypothèses quant à l'explication du phénomène, celles-ci devant être vues comme les présupposés, les intuitions et les suppositions du chercheur. Selon lui, les projets de recherche ne reposant sur aucune explication à priori rencontrent habituellement plus de difficultés. Dans le cadre de cette étude, nous avons élaboré une hypothèse générale et trois hypothèses de recherche.

4.2.1 Hypothèse générale de l'étude

La réponse provisoire à la question principale de l'étude s'énonce de la manière suivante : **(HG)** « Les manquements observés au sein de l'institution thérapeutique sont des facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».

4.2.2 Hypothèses de recherche

L'opérationnalisation du cadre théorique que nous avons mobilisé à priori a permis d'avoir trois hypothèses de travail suivantes :

- **HR1** : « Le mode de fonctionnement institutionnels est un facteur associé à l'institution thérapeutique qui participe à la désymbolisation des enfants

TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».

- **HR2** : « Les stratégies de prise en charge institutionnelles sont un facteur associé à l'institution thérapeutique qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».
- **HR3** : « La rigidité du cadre thérapeutique institutionnel est un facteur associé à l'institution thérapeutique qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».

4.3. DÉFINITION DES CONCEPTS DE L'ÉTUDE

Pour Gagnon (2012), les prémisses d'une recherche (concepts) doivent être clairement circonscrites, afin de rendre compréhensibles les résultats. Selon lui, avant d'entreprendre la partie terrain, il est nécessaire d'avoir un cadre théorique, même grossier, tout en sachant qu'il va probablement changer en cours de route. Dans le cadre de ce travail, le cadre théorique de la symbolisation (Richelle, 2017) a donc été utilisé afin de définir le cas, ses limites et son contexte. Il a permis de circonscrire le phénomène à l'étude et d'asseoir ce projet de recherche sur des bases solides. Pour ce qui est de l'institution thérapeutique, les cadres théoriques du fonctionnement institutionnel (Enriquez, 2019), du cadre thérapeutique (Bleger, 1979) et de la prise en charge (Roskam, 2021) ont provisoirement servi de balise pour cette étude.

❖ VARIABLE INDÉPENDANTE (VI) : INSTITUTION THERAPEUTIQUE

➤ Modalité 1 : Fonctionnement institutionnel

- **Indicateur 1** : Fonctionnement scopique
 - **Indice 1** : Excès d'interdits institutionnels
 - **Indice 2** : Excès de normes et de règles
- **Indicateur 2** : Fonctionnement topique
 - **Indice 1** : Simple arrière-plan d'un ensemble
 - **Indice 2** : Simple lieu de rencontre

➤ Modalité 2 : Cadre thérapeutique institutionnel

- **Indicateur 1** : Dénier de la réalité du sujet
 - **Indice 1** : Ne prend pas en compte le monde fantôme des enfants
- **Indicateur 2** : Rigidité du cadre institutionnel

➤ **Modalité 3 : Les manquements dans la prise en charge**

- **Indicateur 1** : Non ciblage des facteurs de risque
 - **Indice 1** : Prise en charge centrée sur les symptômes
 - **Indice 2** : Prise en charge centrée sur les centres d'intérêt de l'enfant
- **Indicateur 2** : Non prise en soin de l'enfant et du parent
 - **Indice 1** : L'enfant est seul bénéficiaire
 - **Indice 2** : Le parent est simple informateur
- **Indicateur 3** : Absence d'une équipe multidisciplinaire
 - **Indice 1** : Le parent n'est pas impliqué dans l'équipe de soins
 - **Indice 2** : L'enfant n'est pas impliqué dans l'équipe de soins

❖ **VARIABLE DÉPENDANTE (VD) : DÉSYMBOLISATION**

➤ **Modalité 1 : Désymbolisation au niveau cognitif**

- **Indicateur 1** : Processus de pensée
 - **Indice 1** : Activité cognitive peu diversifiée
 - **Indice 2** : Absence d'investissement des représentations ;
- **Indicateur 2 : Investissement de l'intelligence**
 - **Indice 1** : Manque de capacité d'élaboration psychique
 - **Indice 2** : Espace imaginaire pauvre

➤ **Modalité 2 : Désymbolisation au niveau social**

- **Indicateur 1** : Facteurs de socialisation
 - **Indice 1** : Peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels
 - **Indice 2** : Incapacité d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui.
- **Indicateur 2** : Rapport au réel

- **Indice 1** : Faille dans la prise en compte du réel
- **Indice 2** : Maintien insuffisant du contrôle rationnel

➤ **Modalité 3 : Désymbolisation au niveau affectif**

- **Indicateur 1** : Dynamique affective
 - **Indice 1** : Instabilité émotionnelle
 - Indice 2 : Impulsivité et suggestibilité ;
 - Indice 3 : Difficulté à intérioriser et mentaliser les besoins et les conflits.

Tableau 2 : Tableau synoptique ses variables, modalités, indicateurs et indices

Variables	Modalités	Indicateurs	Indices
Institutions thérapeutiques	Fonctionnement institutionnel	Fonctionnement scopique	Excès de normes et de règles, Excès d'interdits institutionnels
		Fonctionnement topique	Simple arrière-plan d'un ensemble ; Simple lieu de rencontre
	Cadre thérapeutique	Le déni de la réalité de l'enfant	
		La rigidité du cadre	
	Prise en charge	Non ciblage des facteurs de risque	Prise en charge centrée sur les symptômes Prise en charge centrée sur les centres d'intérêt de l'enfant
		Non prise en soin de l'enfant et du parent	L'enfant est seul bénéficiaire Le parent est simple informateur
		Absence d'une équipe multidisciplinaire	Le parent n'est pas impliqué dans l'équipe de soins L'enfant n'est pas impliqué dans l'équipe de soins
Désymbolisation	Au niveau cognitif	Processus de pensée	Activité cognitive peu diversifiée ; Absence d'investissement des représentations ;
		Investissement de l'intelligence	Manque de capacité d'élaboration psychique ; Espace imaginaire pauvre
	Au niveau social	Facteurs de socialisation	Peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels ; Incapacité d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui.
		Rapport au réel	Faible dans la prise en compte du réel ; Maintien insuffisant du contrôle rationnel
	Au niveau affectif	Dynamique affective	Instabilité émotionnelle ; Impulsivité et suggestibilité ; Difficulté à intérioriser et mentaliser les besoins et les conflits.

4.4. RAPPEL DE L'OBJECTIF GENERAL

Ce travail poursuit un objectif principal et trois objectifs spécifiques majeurs que nous avons formulé comme suit.

4.4. 1. Objectif principal de recherche

L'objectif général de cette étude est de : « explorer les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé».

4.4. 2. Objectifs spécifiques de recherche

L'objectif général se décline en plusieurs objectifs spécifiques à savoir :

- « explorer les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la pauvreté des processus de pensée et au désinvestissement de l'intelligence des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé».
- « explorer les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la faiblesse de la dynamique affective des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé »
- « explorer les facteurs associés à l'institution thérapeutique qui participent à la baisse des facteurs de socialisation et du rapport au réel des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».

4.5. SITE DE RECHERCHE

Le site choisi pour cette étude est le Centre National de Réhabilitation des personnes Handicapées (CNRPH) d'Etoug-Ebe, Yaoundé et plus particulièrement l'école inclusive. Ce choix repose sur un certain nombre de mobiles : cette institution s'impose à Yaoundé et dans la Sous-région Afrique Centrale comme « centre de référence » pour ce qui est de la prise en charge des enfants TDAH. Le CNRPH est un établissement public administratif doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle technique du Ministère chargé des Affaires Sociales et sous la tutelle financière du Ministère chargé des Finances. Toutes les activités menées au CNRPH concourent à la réhabilitation et à la conversion des personnes handicapées.

4.5.1. L'historique et évolution du CNRPH

Créé en 1971 par un prélat canadien, le Cardinal Paul Emile LEGER, le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Leger (CNRPH) a été inauguré le 15 janvier 1972 par le Président de la République Fédérale du Cameroun, son excellence EL HADJ HAMADOU AHIDJO comme œuvre sociale privée dénommée « Centre de Réhabilitation de Yaoundé » (CRY).

En 1978, il a été cédé à l'état camerounais sous la dénomination de « centre National de Réhabilitation des Handicapés » (CNPH) comme institution spécialisée du ministère des affaires sociales. En 2009, après trente-sept ans (37) au service des personnes handicapées physiques et moteurs, le centre est érigé en établissement Public Administratif à la faveur du décret N°2009/096 du 16 mars 2009 portant création, organisation et fonctionnement du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Leger en abrégé CNRPH avec une extension de ses missions à la prise en charge globale de toutes les catégories de personnes handicapées.

4.5.2. Présentation géographique de la structure

Sur le plan géographique, le CNRPH est situé dans la région du Centre, précisément à la périphérie Ouest de la ville de Yaoundé, département du Mfoundi, arrondissement de Yaoundé VIe, quartier Etoug-Ebe, considéré comme siège. Ce domaine siège s'étend sur une superficie de neuf (09) hectares. Quatre (04) hectares seulement ont à ce jour fait l'objet d'une exploitation avec plusieurs bâtiments, une piscine, une école, un terrain de Basket Ball, des aires de jeux et des espaces verts.

4.5.3. Organigramme et fonctionnement des services

4.5.3.1. *Organigramme des services*

L'organigramme d'une structure rend compte du nombre de services et du personnel présent. Notre structure d'accueil contient à sa tête un conseil d'administration, un directeur général assisté d'un directeur général adjoint. La direction générale dispose des services rattachés et d'une administration centrale.

4.5.3.2. *Fonctionnement des services*

Le fonctionnement ici renvoie à ce que chaque poste est sensé faire ; en fonction des services, le centre distingue le fonctionnement du conseil d'administration, de la direction

générale et plusieurs services rattachés. Sur le plan administratif, le CNRPH a, à sa tête un conseil d'administration, un Directeur Général assisté d'un Directeur Général Adjoint. La direction générale dispose des services rattachés et d'une administration centrale. Le conseil d'administration est présidé par le Ministre des Affaires Sociales (ministère de tutelle) et chargé de fixer les objectifs du centre, d'approuver les programmes d'action conformément à la politique sociale de réhabilitation et d'insertion socioprofessionnelle de la personne handicapée.

La direction générale est placée sous l'autorité d'un Directeur Général et assisté d'un Directeur Général Adjoint. Comme les autres démembrements, cette direction est chargée de : la gestion et l'application de la politique générale du centre et la direction technique, administrative et financière. Pour l'accomplissement de ses missions, la direction générale du centre dispose des services rattachés et d'une administration centrale. Les services rattachés sont chargés de de l'audit et du contrôle interne, de l'informatique et des statistiques, des affaires juridiques et du contentieux, de la communication et des relations publiques, de la traduction et de l'interprétariat, du courrier, de la documentation et des archives. L'administration centrale du CNRPH comprend : la Division de la Réhabilitation des Personnes Handicapées et la Division des Affaires Administratives et Financières. Plusieurs services sont ouverts au sein du CNRPH.

Plusieurs services sont disponibles au CNRPH. La direction de la réhabilitation sociale des personnes handicapées est une section qui intègre les différents domaines qui concourent à la réhabilitation et à la reconversion des personnes handicapées. Elle comprend trois (03) départements (ou directions) : le département des interventions sociales, le département de la prise en charge médico-sanitaire des personnes handicapées et le département de l'apprentissage, de la formation et la réinsertion socioprofessionnelle des personnes handicapées.

4.5.4. Le département dans lequel les données ont été collectées

Le CNRPH, investi d'une mission de mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de réhabilitation et de reconversion des personnes handicapées, est chargé entre autres de l'éducation spéciale et inclusive des enfants en situation de handicap. C'est ainsi qu'une Direction a été mise sur pied pour assurer l'éducation, l'apprentissage et la formation professionnelle des personnes à besoins spéciaux. Cette Direction comporte trois services : le Service de l'Éducation Spéciale et Inclusive (SESI) ; le Service de l'Apprentissage, de la Formation et de la Reconversion Professionnelle ; le Service des Activités Culturelles et

Sportives. C'est au sein du service de l'éducation spéciale inclusive que les données ont été réellement collectées.

4.5.4.1. Présentation du Service de l'Éducation Spéciale et Inclusive

Ce service comporte en son sein trois sections : la section Spéciale qui accueille en son sein les déficients intellectuels et les déficients auditifs. Elle comporte 3 niveaux répartis dans 7 salles de classes. La section inclusive quant à elle comporte une section maternelle ayant une seule salle de classe et le primaire ayant 6 classes de la Si1 au CM2. Elle accueille « les valides » et les déficients avec un handicap léger ou éducatif (TDAH, autisme...) ; le Bureau de l'Accompagnement Psycho-social est chargé de l'accompagnement psycho-social des élèves.

4.5.4.2. Principes généraux de prise en charge des enfants TDAH au SESI

Les parents d'enfants présentant un TDAH et désirant l'inscription de leurs enfants au service de l'éducation spéciale et inclusive suivent les étapes suivantes : une pré-évaluation de la Commission Pluridisciplinaire d'Inscription (enseignants spécialisés, orthophoniste, audiométrie, psychomotricien, psychologue) ; la constitution du dossier d'admission (acte de naissance, dossier médical, historique de l'enfant) ; la réalisation des évaluations (bilan audiométrique, orthophonique, psychomoteur, psychologique, certificat médical) ; l'orientation scolaire (admission en salle de classe en section spéciale ou en section inclusive selon les résultats obtenus) ; la mise sur pied du programme d'éducation et de l'équipe de suivi (instituteurs spécialisés inclusifs ; instituteurs spécialisés ; instituteurs de l'Enseignement Général et les auxiliaires de vie) et l'évaluation. Ce protocole ne cadre malheureusement pas avec les principes généraux des interventions dans le cadre de l'accompagnement des enfants TDAH à savoir le ciblage des facteurs de risque à traiter, l'importance de prendre soin de l'enfant et du parent et la formation de l'équipe.

4.5.4.3. Les problèmes que rencontre l'enfant TDAH au sein du SESI

L'enfant TDAH n'est pas en mesure de s'identifier à une place dans le discours institutionnel au sein de l'école inclusive. Il est assimilé à un « incassable » parce qu'il est incapable d'intégrer les contraintes de l'institution ou de répondre à ses attentes. Il fait l'objet d'un excès d'interdits de la part de ses éducateurs comparé aux autres enfants avec lesquels il partage la même salle de classe. Le protocole de prise en charge retenu et proposé pour cet enfant n'est pas conforme à son trouble. Une fois le diagnostic posé, l'enfant TDAH ne bénéficie d'aucune expertise de structures pluridisciplinaires, formées à la prise en charge de ce trouble (services de pédopsychiatrie, services de psychologie clinique et services de

neuropédiatrie), mais se retrouve directement orienté en éducation inclusive ou spéciale où il est presque abandonné aux éducateurs spécialisés n'ayant aucune compétence dans l'accompagnement psychologique des troubles externalisés à l'instar du TDAH.

4.6. PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

L'hypothèse formulée dans la partie théorique de ce travail porte sur les capacités de désymbolisation de l'enfant TDAH, en rapport avec l'institution thérapeutique. Des données ont été récoltées à partir de ces deux axes cliniques principaux auprès de cinq (05) enfants TDAH. Les informateurs quant à eux sont deux (02) éducateurs spécialisés qui accompagnent ces enfants au quotidien.

4.6.1. Recrutement des participants

Afin de rester dans la logique d'une étude qualitative, nous avons décidé de sélectionner et de recruter les cas par échantillonnage raisonné, afin d'optimiser l'analyse des résultats. Comme le précisent Dahl et al. (2014), l'échantillonnage raisonné repose sur une sélection des participants selon des critères d'inclusion et d'exclusion précis, et représente la méthode de choix pour l'étude de cas. En effet, il permet le recrutement de participants pertinents au phénomène à l'étude, à partir desquels il sera possible d'en avoir une compréhension plus approfondie.

4.6.1.1. Caractéristiques des participants à l'étude

Les participants à cette étude étaient des enfants TDAH résidant à Yaoundé. Il s'agissait plus particulièrement des enfants âgés de 7 à 10 ans diagnostiqués TDAH et régulièrement suivis au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées de Yaoundé. En l'observant, on constate effectivement que d'un point de vue développemental, ces participants traversent tous une période que nous pouvons qualifier de spécifique : l'enfance (7 à 10 ans), plus spécifiquement la latence. Pour Arbisio (2000), la latence correspond à la phase, après le complexe d'Œdipe, pendant laquelle la sexualité infantile est frappée par le refoulement. Les désirs œdipiens amoureux et meurtriers sont maintenant sous le coup de l'interdit : les forces pulsionnelles qui les animaient sont, pour une part, refoulées, ce qui entraîne une levée massive de mécanismes de défense destinés à protéger de leur retour éventuel.

Selon elle, il est banal de constater que le fonctionnement psychique de l'enfant de cet âge s'obsessionnalise : il se montre précautionneux, met en place de nombreux rituels, devient

collectionneur, etc. La sublimation vient constituer une autre issue possible : les pulsions, tant sexuelles qu'agressives, ne pouvant pas trouver de satisfaction directe, se déplacent vers d'autres buts, socialement valorisés. Cela conduit à l'investissement des processus intellectuels, des apprentissages et permet de développer aussi des modèles de socialisation. Pour la même auteure, la période de latence apparaît comme un moment fondamental pour l'inscription de l'enfant dans la culture et le monde social. C'est vraiment le passage du petit enfant pulsionnel à l'être doué de raison, mais marqué par les interdits et le malaise dans la civilisation.

Pour Arbisio (2000), la latence peut être envisagée comme un moment logique. La latence n'existe que par le déclin œdipien, moment où l'enfant est, pour le dire un peu schématiquement, contraint de renoncer à être ou à avoir l'objet qui viendrait combler le désir de la mère, que nous pouvons nommer comme l'objet phallique. Ce renoncement est rendu possible par une des figures paternelles, en particulier par le père imaginaire, censé détenir cet objet. Il s'agit là d'une perte par rapport aux rêves œdipiens de l'enfant, et il va la vivre cruellement sur le plan narcissique. La latence va permettre à l'enfant de remettre à plus tard les véritables enjeux de cette perte, et c'est là qu'il y a, à mon avis, un « nouage » tout à fait spécifique de cette période, qui va justement se modifier à la puberté.

A ce stade, l'enfant est soumis à la loi symbolique de l'interdit de l'inceste, alors qu'il a pris la mesure de son impuissance sur le plan physique : il est trop petit pour lutter, dans le combat œdipien... Et cela vient représenter une protection imaginaire : s'il est obligé de renoncer, c'est qu'il est trop petit... C'est la promesse œdipienne, qui devient un véritable organisateur du psychisme : l'objet phallique est dévolu au père, auquel l'enfant va s'identifier pour le récupérer plus tard, quand il aura un corps d'adulte. Cela lui permet de différer les véritables enjeux de la castration et de mettre toute son énergie, quand il va bien, à grandir, puisque ses vœux œdipiens se réaliseront quand il sera grand. Ainsi, pendant la latence, l'enfant va mettre en œuvre un véritable déploiement de l'imaginaire, à la fois par le biais de la fantasmatisation et par l'importance de l'image de soi et du narcissisme, qui prennent une place essentielle (Arbisio, 2000).

Pendant cette période, les symptômes se font beaucoup plus discrets que pendant la petite enfance, et la plupart du temps, les phobies ou cauchemars qui terrorisent les plus petits ont disparu... De même, les symptômes et passages à l'acte souvent spectaculaires de l'adolescence, ne s'inscrivent pas en tant que tels avant la puberté. Chez l'enfant de la latence, la symptomatologie est donc discrète : pourtant, les demandes de psychothérapie sont très nombreuses. On peut, schématiquement, distinguer plusieurs grands groupes.

Le premier, de loin le plus important, est constitué des demandes liées à la scolarité. Celles-ci se départagent entre les problèmes d'adaptation à l'école, et les difficultés qui touchent les apprentissages. Un second groupe concerne des troubles qui ont conduit les parents à consulter d'abord en pédiatrie, et ce n'est que dans un second temps que la composante psychologique est apparue déterminante : les pathologies psychosomatiques, l'insomnie, etc. Un autre groupe comprend les difficultés qui sont perçues dans le milieu familial comme des signes de souffrance : les tics, l'énurésie, par exemple. Enfin, on rencontre de plus en plus de demandes pour des enfants dans des situations de divorce des parents, par exemple. Parfois, seule la perception par les parents du mal-être chez l'enfant, de son angoisse, entraîne une demande de psychothérapie (Arbisio, 2000).

4.6.1.2. Critères d'inclusion

La présente recherche a évalué cinq (05) enfants (tous garçons) ; ils étaient âgés entre 8 et 10 ans lors du premier entretien. Le principal critère d'inclusion des participants a été d'être diagnostiqué TDAH de type hyperactivité/impulsivité prédominante ou de type mixte, selon le DSM IV (APA, 2000). C'est-à-dire que chez tous les sujets, nous devrions retrouver les critères spécifiques au sous-type « hyperactivité ». Le recrutement s'est réalisé grâce à la collaboration de la psychologue du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé, Yaoundé. Ce sont tous des enfants dont le motif de consultation a été celui de l'instabilité (adressés par l'école, la famille, un médecin, etc.). Outre le diagnostic, les critères d'inclusion pour cette recherche sont les suivants :

- être âgé entre 7 et 10 ans sans distinction de sexe ;
- être élève de l'école inclusive ;
- avoir obtenu un score $\geq 1,5$ au Conners parents ;
- avoir obtenu un score $\geq 1,5$ au Conners enseignants ;
- ne pas présenter de comorbidités associées.

Quant aux participants informateurs, ils devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : être éducateur spécialisé ou psychologue clinicien au CNRPH ; être enseignant ou psychologue dans l'une des six classes que compte la section inclusive ; avoir des enfants TDAH à sa charge ; avoir donné son accord pour participer à la recherche.

4.6.1.3. Critères d'exclusion

Les aspects concernant les comorbidités éventuellement associées ainsi que les prescriptions pharmacologiques ont été pris en considération mais ne constituent pas des variables contrôlées. Ces critères relatifs à la comorbidité ont été vérifiés à partir du dossier médical. Les autorisations du Directeur de l'institution où les enfants étaient vus en psychothérapie ont été obtenues. Les contextes à exclure sont les suivants : fréquenter l'école spécialisée du Service de l'éducation Spéciale et Inclusive.

Pour ce qui est des informateurs, les seuls critères d'exclusion retenus étaient : être enseignant ordinaire ou psychologue clinicien qui n'intervient pas dans l'accompagnement des enfants TDAH ; ne pas enseigner dans l'école inclusive ; n'avoir aucune compétence dans l'éducation des enfants TDAH ; N'avoir pas donné son accord pour participer à la recherche.

4.6.1.4. Échelle de sélection des participants : Échelle de Conners

Dans l'optique de se rassurer que les participants à l'étude sont réellement des enfants TDAH, l'Échelle d'hyperactivité de Conners (2008) a été utilisée. Elle permettait d'obtenir les observations des parents et des éducateurs spécialisés concernant différentes dimensions du comportement : inattention, hyperactivité et l'impulsivité. Elle se présente sous deux versions : la version parente à 48 items (Guelfi, 1997) est cotée par les parents et se présente sous la forme d'une double page où ceux-ci doivent évaluer la qualité du fonctionnement global de l'enfant avec 48 signes. Chaque item évalue l'absence ou la présence et le degré d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. La version enseignante à 28 items a également été utilisée.

La version parents évalue cinq facteurs :

- les difficultés de comportement dont les items 2-8-14-19-20-27-35-39 ;
- les difficultés d'apprentissage avec pour items : 10 – 25 – 31 – 37 ;
- les troubles somatiques avec pour items : 32 – 41 – 43 – 44 ;
- l'impulsivité/hyperactivité avec pour items : 4 – 5 – 11 – 13 ;
- et l'anxiété avec pour items : 12 – 16 – 24 – 47.

Les dix énoncés : **4 – 7 – 11 – 13 – 14 – 25 – 31 – 33 – 37 – 38** sont ceux de la forme abrégée de Conners et correspondent au TDAH parents.

La version enseignante évalue quant à elle trois facteurs :

- les difficultés de comportement avec pour items : **4-5-6-10-11-12-23-27** ;
- l'impulsivité/hyperactivité avec pour items : **1 – 2 – 3 – 8 – 14 – 15 – 16** ;
- l'inattention avec pour items : **7 – 9 – 18 – 20 – 21 – 22 – 26 – 28**.

Les dix énoncés : **1 - 5 – 7 – 8 – 10 – 11 – 14 – 15 – 21 – 26** sont ceux de la forme abrégée de Conners et correspondent au TDAH enseignant.

Un score moyen supérieur ou égal à 1,5 pour chaque facteur est pathologique. Après l'analyse desdits scores obtenus à l'échelle de Conners, cinq (05) enfants ont eu des scores au Conners étaient très élevés ($\geq 1,5$) dans les deux versions. Ce sont ces cinq enfants qui ont constitué nos participants enfants TDAH.

4.6.1.5. Procédure de sélection des participants

La méthodologie explore deux champs cliniques : les informateurs et les enfants TDAH. Avec les informateurs, il y a eu des entretiens pour sonder la fonction, à long terme, de l'institution thérapeutique sur la prise en charge des enfants. Avec l'enfant TDAH, il y a les techniques projectives pour sonder les dynamiques intrapsychiques et son développement en rapport avec la symbolisation. Pour sélectionner les participants, une certaine procédure a été respectée.

L'échelle de Conners (2008) a été passée à 12 enfants TDAH de l'école inclusive du CNRPH qui répondaient aux critères d'hyperactivité décrits précédemment. À l'issue, nous avons identifié 05 enfants (score moyen $\geq 1,5$ aux deux échelles) dont les caractéristiques sont consignées dans le premier tableau récapitulatif. Par la suite, les pseudonymes leur ont été attribués afin de voiler leur identité.

L'entretien exploratoire mené avec les informateurs avait pour but de déterminer ceux qui s'occupaient directement des enfants TDAH. Lorsque les informations fournies étaient concordantes avec les critères d'inclusion mentionnés plus haut, alors l'éducateur ou le psychologue était retenu comme informateur de l'étude. Ainsi, nous lui attribuons un pseudonyme. Au départ, 08 informateurs étaient mis à notre disposition, tous du Service d'Éducation Spéciale et Inclusive du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Soumis à l'épreuve des critères d'exclusion, deux (02) seulement ont été retenus et six (06) éliminés; soit un (01) éducateur spécialisé s'occupant uniquement des enfants

autistes, deux (02) orthophonistes, trois (03) enseignants des signes. Les deux informateurs retenus étaient éducateur spécialisé et psychologue clinicienne.

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des participants

PARTICIPANTS						
Participants	Age	Sexe	Fratrie	Classe	Institution	Sous-types de TDAH
Benoué	09 ans	M	Enfant unique	CE2	CNRPH	TDAH, hyperactivité/impulsivité prédominante
Diamaré	10 ans	M	2 ^e enfant sur une fratrie de trois	CM1	CNRPH	TDAH, hyperactivité/impulsivité prédominante
Kadéi	09 ans	M	Enfant unique	CE2	CNRPH	TDAH, hyperactivité/impulsivité prédominante
Menoua	09 ans	M	1 ^{er} enfant sur une fratrie de deux	CE2	CNRPH	TDAH, hyperactivité/impulsivité prédominante
Mfoundi	10 ans	M	3 ^e enfant d'une fratrie de quatre	CM1	CNRPH	TDAH, type mixte
INFORMATEURS						
Informateurs	Âge	Sexe	Profession		Diplôme de base	Lieu d'intervention
Engué	35 ans	M	Éducateur spécialisé et inclusif		BTS/CAPIEMP	CNRPH
Ninab	45 ans	F	Psychologue clinicienne		Master II EDS	CNRPH

Au regard de ce tableau, l'on s'aperçoit que la moyenne d'âge est de 09 ans. Trois des cinq participants sont au CE2. En dehors de Mfoundi dont le sous-type de TDAH est mixte, les autres participants se retrouvent dans le sous-type TDAH, hyperactivité/impulsivité prédominante. D'autre part, tous les participants sont garçons. Ce qui vient confirmer les travaux de Mikolajczak et Roskam (2021) sur le genre et le TDAH. Selon ces auteures, le TDAH est beaucoup plus fréquent chez les garçons que chez les filles dans la population générale avec un ratio d'approximativement 2 filles pour 1 garçon chez les enfants et 1,5 garçon pour 1 fille chez les adultes. Mikolajczak et Roskam (2021) pensent que cette différence entre fille et garçon s'explique par le processus de socialisation des rôles de genre.

Pour Mikolajczak et Roskam (2021), les adultes qui entourent l'enfant (parent, éducateur ou enseignant) proposent une éducation genrée. Dès le début de sa vie, l'enfant est plongé dans un environnement en accord avec son appartenance au sexe masculin ou féminin

et il développe ainsi depuis les premières heures de sa vie, une identité genre en accord avec son prénom féminin ou masculin, les couleurs roses ou bleues de ses premiers vêtements, les couleurs de sa chambre, des objets et des jouets ou nounous qu'on met à sa disposition, les activités extrascolaires qu'il pratique etc... Les interactions qu'il aura avec son entourage tout au long de sa vie, sont orientées, formatées en fonction de cette identité de genre. Ainsi, un parent ne va pas réagir tout à fait de la même manière avec un enfant qui pleure, qui fait une colère ou qui se frappe selon qu'il est une fille ou un garçon.

De la socialisation des rôles de genre découlent l'idée qu'il existe une manière plus ou moins acceptable d'exprimer sa souffrance selon qu'on est une fille ou un garçon. Respecter ce code de genre, c'est augmenter les chances que l'entourage identifie bien cette souffrance, qu'il la comprenne et sache plus rapidement comment réagir. Et donc ça paraît logique que les garçons prennent plutôt la voie de l'externalisation pour exprimer leur souffrance et les filles empruntent celle de l'internalisation. Ceci est confirmé par l'ensemble des études épidémiologiques en psychopathologie non seulement chez les enfants, mais aussi chez les adultes (Mikolajczak & Roskam, 2021).

4.7. MÉTHODE DE RECHERCHE

Cette recherche qui se veut qualitative est de type exploratoire et de nature descriptive. Selon Tsala Tsala (2006, p.104), « les différentes méthodes en psychologie s'échelonnent sur un continuum partant des approches quantitatives (résultats reproductibles) aux approches qualitatives plus individualisées (études de cas) ». Elle s'appuie sur un paradigme compréhensif et est de type qualitatif. La recherche qualitative a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication (Dong, 2016). La recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Évidemment, nous cherchons dans cette étude à explorer les facteurs associés à la prise en charge institutionnelle des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées qui participent à leur désymbolisation. Qui plus est, en recherche qualitative, l'accent est mis sur l'expérience de la personne, telle qu'elle l'a vécue : « l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes, leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives » (Mayer & al., 2000, p.57).

La recherche qualitative est pertinente dans le cas de notre étude, car elle accorde une place prépondérante au point de vue des acteurs impliqués dans l'accompagnement des enfants TDAH. Dans cette perspective, la démarche qualitative fait une large place aux notions de quotidien et de vécu sans lesquelles plusieurs facettes de la réalité psychique peuvent échapper à la connaissance. Creswell (2007) dénombre cinq grandes méthodes de recherche qualitatives : la recherche descriptive interprétative, la phénoménologie, l'ethnographie, l'étude de cas et la théorisation ancrée. Dans le cadre de cette étude, la méthode de recherche choisie est l'étude de cas.

4.7.1. L'étude de cas

L'étude de cas est une approche de recherche permettant l'étude d'un phénomène d'intérêt particulier (le cas) dans son contexte naturel et sans manipulation par le chercheur (Yin, 2009). Elle peut s'intéresser à un seul individu, à un groupe d'individus, à une communauté, à une institution ou à un événement (Hentz, 2012). À l'aide de méthodes de collecte de données multiples et de la triangulation de celles-ci, l'étude de cas génère une compréhension holistique, riche, détaillée et en profondeur du phénomène d'intérêt et de son contexte (Iarivière & Corbière, 2014). L'étude de cas est utilisée dans plusieurs disciplines des sciences sociales et de la santé. Elle peut avoir une finalité descriptive, exploratoire, explicative, ou encore être utilisée pour concevoir une théorie ou la tester (Iarivière & Corbière, 2014).

L'étude de cas est conceptualisée comme une approche plutôt que comme une méthode de recherche puisqu'en raison de sa flexibilité : elle n'exige pas une méthodologie unique de réalisation. Le choix des techniques de collecte et d'analyse des données est tributaire de ce qui permettra de comprendre au mieux le phénomène en profondeur de même que de répondre, toujours de la meilleure façon possible, aux questions et objectifs de recherche. Ceci en fait une approche intéressante pour sa flexibilité ainsi que pour la pluralité d'objets et de questions de recherche qu'elle permet d'étudier (Iarivière & Corbière, 2014).

4.7.1.1. Pourquoi l'étude de cas ?

Ce modèle a ainsi permis de définir le phénomène d'intérêt, soit la capacité de désymbolisation, et il convenait alors de déterminer s'il était approprié à l'étude de cas. D'abord, la capacité de désymbolisation est un phénomène complexe : elle se définit selon trois modalités, implique différents facteurs associés, et le tout ne peut être dissocié de son contexte institutionnel (présence de valeurs, de normes, de discipline). Ensuite, il apparaît important

d'étudier le phénomène dans son contexte actuel, sans manipulation par le chercheur, afin de bien cerner tous les facteurs en cause. De plus, la recension des écrits a fait ressortir des limites dans la compréhension de la capacité de désymbolisation chez les enfants présentant un TDAH, ce qui souligne le caractère émergent de ce phénomène d'intérêt. Enfin, l'expérience clinique a mis en évidence l'importance de considérer aussi la fonction du cadre institutionnel dans la compréhension du phénomène. Pour l'ensemble de ces raisons, il est donc apparu judicieux d'avoir recours à l'étude de cas pour mieux comprendre la capacité de désymbolisation chez les enfants TDAH.

La recension des écrits a permis de cibler deux questions de recherche : comment le cadre thérapeutique, en tant que garant métapsychologique, rend-il compte des capacités de désymbolisation chez l'enfant TDAH ? Cette question correspond à un questionnement de type «Comment ?», lequel est cohérent avec les finalités descriptives et explicatives de l'étude de cas (Yin, 2009). De cette question a découlé l'objectif de cette étude : analyser et comprendre la fonction du cadre thérapeutique institutionnel dans la survenue des capacités de désymbolisation chez les enfants TDAH en considérant trois modalités : a) le fonctionnement institutionnel, b) le cadre thérapeutique et c) les achoppements du contrat narcissique.

Le cadre théorique de la capacité de désymbolisation (Claudon, 2006 ; Condat, 2011) a donc été utilisé afin de définir le cas, ses limites et son contexte. Il a permis de cerner précisément le phénomène à l'étude et d'asseoir ce projet de recherche sur des bases solides. Chaque cas ou unité d'analyse a été conçu selon une dyade enfants TDAH et leurs spécialistes. Cette définition du cas a permis une compréhension en profondeur du phénomène à l'étude, résultant de l'analyse du point de vue de deux acteurs différents. Ainsi, pour chacune des modalités, sept (cinq enfants TDAH et deux spécialistes) ont été étudiés, pour un total de sept participants. Afin de délimiter clairement le cas, seule la situation institutionnelle actuelle d'une personne, au moment de la collecte des données, a été considérée pour cette recherche.

4.8. LA COLLECTE DES DONNÉES

Les données ont été collectées à la fois à l'aide de l'entretien clinique de recherche et du test projectif du Rorschach.

4.8.1. L'entretien clinique

Dans cette étude, nous avons fait usage d'un entretien clinique comme instruments pour la collecte des données. Les raisons qui peuvent avoir permis de pencher pour ce choix sont entre autres que cet instrument est plus pratique pour les répondants et d'administration rapide. Par ailleurs, nous avons choisi l'entretien comme instrument de recherche pour les sujets parce qu'il « peut être proposé même à des individus n'ayant pas reçu de formation particulière et à tous les autres qui, même scolarisés, ont du mal à s'exprimer par écrit » (Tsala Tsala, 2006 :112). Telles sont les raisons pour lesquelles dans le cadre de cette étude, nous avons fait usage de l'entretien clinique de recherche dans sa variante semi-directive. En psychologie, l'entretien s'appuie sur l'habilité à étudier et à comprendre les comportements et les conduites de la personnalité, afin de mieux aborder l'interlocuteur dans sa singularité. Considéré comme la technique clinique par excellence en psychologie clinique.

Selon Tsala Tsala (2006, p.113),

on parle d'entretien semi directif lorsque, à partir d'un guide d'entretien, l'interviewé aborde librement et dans l'ordre qui lui plaît, les questions qui lui sont proposées. Le psychologue intervient uniquement pour le relancer avec des questions portant sur les thèmes qui n'ont pas été abordés.

L'échange porte plus ou moins directement sur les points qui préoccupent le chercheur, et non sur ce dont l'interlocuteur désire parler. Cela permet au chercheur de recueillir des informations sur les thèmes qu'il a fixés et définis d'avance.

4.8.1.1. Le guide d'entretien

Le recueil des données sur le fonctionnement institutionnel s'est fait dans une démarche clinique authentique et riche. L'usage des entretiens cliniques avec les spécialistes en charge de ces enfants, constitue d'ailleurs la pierre d'angle de notre démarche clinique. Il s'agissait des données provenant du discours des spécialistes concernant le TDAH, l'institution dans laquelle ils exercent, la façon dont les enfants sont pris en charge, ainsi que leurs attentes. Le discours renvoie ici, non seulement au langage verbal conscient, mais également à tout le champ de la communication non-verbale et infra-verbale qui, de manière inconsciente, tend à infléchir ou à

nuancer ce qui est énoncé dans la parole. Ainsi, nous distinguons avec Roussillon (2008, p. 32) trois principales formes de langages exprimant, sous diverses modalités, un message concernant la réalité psychique du sujet. La première se réfère à l'appareil de langage proprement dit, c'est-à-dire qu'elle procède à la fois de narrations verbales conscientes mais également de la prosodie, du rythme d'énonciation ainsi que du style par lequel les paroles se voient adressées. La seconde correspond au « langage de l'affect » qui donne vie à des contenus psychiques n'ayant pu être pensés à l'aide de représentations de mots préconscients. La troisième consiste en ce que l'auteur appelle « le langage du corps et de l'acte et de leurs différentes capacités expressives (mime, geste, posture, acte) ». Ce dernier mode de communication non-verbale a la spécificité d'emprunter au corps, à la motricité et à l'acte une forme d'expressivité permettant à la fois de « mettre-en-scène » et de « raconter » des états psychiques qui ne peuvent se traduire par le biais du langage et de la médiation affective. Ainsi, lors de nos études de cas, nous utiliserons les données issues de ces trois registres de communication pour décrire la réalité psychique des enfants TDAH que nous avons rencontrés.

4.8.1.2. Présentation du guide d'entretien

Les entretiens étaient organisés sur la base d'un guide d'entretien élaboré afin de rendre explicite les thèmes et les sous-thèmes, en focalisant l'attention sur les informations qui apportaient un nouvel éclairage et qu'il fallait approfondir par des relances, des demandes d'explications, etc. Conçu sur la base des hypothèses, il représente, sous le contrôle de Blanchet (1985, p. 46), « une pré-structuration de la conduite de l'entretien et la tradition des hypothèses ... ». Ainsi il s'agissait d'accéder aux informations tournant autour des axes ou centres d'intérêts suivants :

Préambule : Identification des informateurs

- *Âge*
- *Profession :*
- *Classe tenue*

Thème 1 : Fonctionnement institutionnel

- **Sous-thème 1 :** Fonctionnement scopique
- **Sous-thème 2 :** Fonctionnement topique

Thème 2 : Cadre thérapeutique institutionnel

- **Sous-thème 1** : Dénier de la réalité du sujet
- **Sous-thème 2** : Rigidité du cadre institutionnel

Thème 3 : Les manquements dans la prise en charge

- **Sous-thème 1** : Non ciblage des facteurs de risque
- **Sous-thème 2** : Non prise en soin de l'enfant et du parent
- **Sous-thème 3** : Absence d'une équipe multidisciplinaire

Thème 4 : Désymbolisation

- **Sous-thème 1** : Désymbolisation au niveau cognitif
- **Sous-thème 2** : Désymbolisation au niveau social
- **Sous-thème 3** : Désymbolisation au niveau affectif

4.8.1.3. Déroulement des entretiens avec les informateurs

Les rencontres avec les informateurs du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées se sont déroulées dans un endroit qui leur est familier (salle d'écoute du CNRPH) pour qu'ils se sentent en sécurité. Pour l'informatrice Adkass, les rencontres se sont déroulées au siège de la Fondation sis au quartier Fouda, Yaoundé. Les recommandations de Gighlione et Blanchet (1991), repris par Ovambe Mbarga (2016) ont servi de base pour conduire nos entretiens. Ces auteurs posent que la conduite de l'entretien débute à l'aide de consignes qui sont des actes directeurs qui initient le discours sur un thème donné. L'entretien se poursuit avec des relances qui sont des actes subordonnés qui réfèrent à l'énoncé précédent de l'interviewé. Les entretiens furent d'une durée moyenne de quinze minutes selon la disponibilité des spécialistes. Il faut noter qu'au centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées, il n'y a presque pas de temps libre pour les spécialistes. Surtout ceux du secteur d'éducation spécialisée.

Nous avons rencontré les informateurs trois, voire quatre fois, cherchant à atteindre le principe de saturation. En effet, à en croire Mayer et al. (2000), les rencontres répondent au principe de saturation lorsque la poursuite de la collecte de données n'apprend plus rien au chercheur, n'apporte plus aucune idée nouvelle comparativement à celles qui ont déjà été trouvées, ne fournit pas une meilleure compréhension du phénomène étudié. De plus, le fait de rencontrer le sujet à plusieurs reprises permet d'approfondir la relation de confiance. De cette

manière, le sujet qui se raconte, a la possibilité de réfléchir et de se préparer pour le prochain entretien. Quant au chercheur, cela lui donne la possibilité de revenir sur certains points restés obscurs (Giordano, 2003).

La première rencontre fut consacrée à l'explication du but de la recherche en cours et des objectifs qu'elle tend à atteindre. Lors de cette période, les informateurs ont lu et signé le formulaire de consentement éclairé leur expliquant le but et les objectifs de la recherche. Lors de cette présente rencontre, il y a eu une période d'échange où nous avons répondu aux interrogations des informateurs permettant ainsi de clarifier l'étude, de sécuriser les participants et favoriser la création d'un climat de confiance. La confidentialité et l'anonymat leur ont été rassurés.

La deuxième rencontre a été le début véritable de nos entretiens avec les informateurs (éducateurs spécialisés). Ils ont fait une présentation civile d'eux même. Il s'agissait en fait de donner les caractéristiques de leur profession. Aussi, ils ont parlé de l'institution dans laquelle ils exercent, des enfants pour lesquels ils travaillent, la prise en charge desdits enfants, du trouble en question. Les entrevues furent enregistrées par le magnétophone de notre téléphone avec le consentement des informateurs. La transcription se faisait directement après l'entretien. La troisième rencontre, c'est-à-dire le deuxième entretien a abordé les thèmes qui, après le bilan partiel de chaque entretien, n'apparaissaient pas et en fonction du besoin, des rencontres nouvelles se programmaient. Lors de la dernière rencontre, il s'est agi des attentes qu'avait le participant, aussi s'il y'a des ajouts, des éclaircissements sur ce qu'il avait dit lors des entretiens antérieurs.

Il convient de noter qu'à la fin de chaque entretien, nous remercions toujours l'informateur pour sa disponibilité et nous faisons directement le bilan après transcription, question de voir quel thème n'a pas été abordé. Après tous ces entretiens, nous avons eu un flux de données qu'il fallait dès lors analyser. Toutefois, l'analyse de ces résultats devait se faire selon une technique bien précise.

4.8.2. Le test de Rorschach

La seconde catégorie de données de cette étude provenait du test de Rorschach passé aux enfants TDAH. En tant que support de la projection et jouant le même rôle que le miroir, cette épreuve s'avère être l'outil indispensable pour susciter chez ces sujets des phénomènes expressifs d'origine subjective qui se fondent avec l'objet. Pour Claudon (2006), la passation

d'un test projectif établit un contexte laissant aux sujets toute liberté pour exprimer leurs singularités et laissant la possibilité de relation intersubjective avec le clinicien. Rausch de Trautenberg (1977), améliorée par Debroux, De Noose et Malempré (2017), montre que la méthode projective institue une méthode clinique qui définit la situation dans sa spécificité intra-subjective et intersubjective en termes de mouvements transférentiels (au sens large) mobilisés dans un cadre spécifique dont les composantes sont prises en compte. Chabert (1998) fait des épreuves projectives une démarche authentiquement clinique, qui instaure la dimension clinique de la recherche. Selon lui, utilisées en recherche clinique, les épreuves projectives s'inscrivent dans une situation clinique relativement stable et contrôlée du fait que le même matériel est proposé à tous les sujets et dans les mêmes conditions de passation.

4.8.2.1. La projection au test de Rorschach

Roman (2006) trouve dans le Rorschach un outil clinique permettant d'appréhender une figuration des dynamiques psychiques (dynamiques affectives et pulsionnelles, investissements narcissiques et relations objectales, angoisses, défenses), ainsi que le processus de symbolisation des matériaux somatopsychiques. L'examen projectif visant la singularité du fonctionnement psychique du sujet, ses dynamiques spécifiques. La réponse projective articule le monde interne du sujet avec son environnement (Chabert, 1983, 1995, 1998). Pour Roman (1997a), le test de Rorschach est un « *dispositif à symboliser* » puisqu'il stimule le travail de symbolisation et qu'elles incitent le sujet à cette articulation entre un réel et l'imaginaire amenant à une construction originale symbolique dans une aire de pensée transitionnelle (Winnicott, 1971) où l'on trouve (percevoir) et l'on crée (imaginer) en même temps.

Un autre aspect intéressant du Rorschach, affirme Claudon (2006), réside dans le fait qu'il trouve dans la métaphore corporelle un ancrage méthodologique pertinent, en particulier du fait de son caractère non thématique et non structuré. Cette épreuve projective permet ainsi d'étudier les conditions fonctionnelles des opérations symbolisantes au travers de la projection d'images du corps (Chabert, 1995), notamment dans le repérage d'une topographie basique soutenant l'organisation de l'espace et les repères identitaires. Ce test favorise l'émergence de représentations de soi, entre sensorialités, perceptions et représentations mentales. Dans cette étude, l'épreuve de Rorschach a donc servi à étudier les liaisons observables entre représentation de soi et agirs corporels au cours de la passation. Le principe de passation du Rorschach est de stimuler le fonctionnement psychique (au double registre : perceptif et

fantasmatique) avec les supports des taches d'encre où le sujet doit imaginer ce qu'elles pourraient être.

4.8.2.2. *Le matériel du Rorschach*

Le test de Rorschach comprend dix taches d'encre établies une fois pour toutes, imprimées sur du papier cartonné blanc : forme rectangulaire de 27,30cm sur 30,32 cm, avec cinq noires ; deux rouges et noires et trois multicolores. Elles sont toutes symétriques ; ce qui rend plus facile la réaction des sujets inhibés et en conflit (Rorschach, 1947). Ce matériel est intentionnellement ambigu, c'est-à-dire peu ou pas structuré, afin de permettre au sujet d'y projeter aisément sa personnalité.

4.8.2.3. *La passation du Rorschach*

À cette étape, l'examineur doit préciser au testé la raison pour laquelle il lui passe le test. Pour Rorschach (1947), des phrases du genre : « Je vais maintenant te passer le test de Rorschach, il nous permettra de : mieux adapter le projet de soin ; aider à un diagnostic ; contribuer à une recherche sur les enfants TDAH ; voir les éléments du changement avant/après thérapie ; renseigner sur la façon dont vous utilisez vos ressources intellectuelles ; etc. » sont recommandées. Les consignes fournies par le psychologue comportent une part de vague, d'imprécisions, afin de faciliter la projection de la personnalité du sujet. Il utilisera des formules du genre : « Maintenant je vais te présenter les planches (objets à regarder) et tu vas me dire ce que tu vois » ; « Ce qu'on te demande de dire, c'est ce que l'on pourrait voir dans ces taches d'encre ». On précise que le temps n'est pas limité et qu'il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Le sujet doit dire tout ce qui lui passe à l'esprit.

On tend la première planche au sujet et on lui demande : « Qu'est-ce que tu vois ? ». S'il donne une seule réponse, lui retendre la planche et demander (école américaine) : « Quoi d'autre ? Est-ce que tu vois autre chose ? Il m'en faut plus d'une réponse, mais c'est comme tu veux ». L'examineur note scrupuleusement par écrit toutes les réponses fournies, le temps mis pour les donner, ainsi que les attitudes, les commentaires, le comportement de son vis-à-vis. Rorschach (1947) précise qu'on ne fait jamais passer le Rorschach en face-à-face, car sinon les attitudes inconscientes de l'examineur peuvent inhiber ou favoriser certaines réponses. Ce biais diminue quand on est de côté ou de travers. Ne pas faire passer un Rorschach dans des états aigus (dépression, délire...).

4.8.2.4. *L'enquête au Rorschach*

Pour Rorschach (1947), l'enquête est une étape indispensable pour pouvoir effectuer la cotation de chaque réponse. Elle a pour but d'apporter les précisions cherchées sur les localisations et l'origine des réponses. « J'ai besoin de voir les choses comme tu les as vues. Ainsi je vais te remontrer les planches (objets à regarder) et tu vas me dire dans quelle partie tu as vu tes réponses ». Les questions du genre : « Comment ça... ? » ; « A quel endroit de la planche le localises-tu ? » ; « Au vu de quels détails dis-tu qu'il s'agit d'un(e)... ? » ; « Est-ce un type d'homme, d'animal, de... particulier ? » sont nécessaires pour cette partie. Le temps n'étant pas limité, il peut durer jusqu'à deux heures.

4.8.2.5. *Le dépouillement du Rorschach*

Le dépouillement du Rorschach se fait à la fois de façon qualitative (Cotation) et de façon quantitative (psychogramme). Il repose sur le principe selon lequel, pour coter chaque réponse, l'examineur doit procéder en trois temps correspondant respectivement aux trois critères que sont : la localisation, les déterminants et le contenu. Le dépouillement s'est fait à l'aide des critères de l'école française de Nina Rausch de Trautenberg (1977), repris par Mbatbaina Pala, Ngnombouowo et Mgbwa (2022).

4.8.2.6. *La cotation*

La cotation désigne la récapitulation qualitative des réponses. Au cours de cette phase, le psychologue doit indiquer à la marge des réponses : le numéro des planches, le temps consacré pour chacune d'elle, ainsi que le temps de latence. La cotation renvoie à trois aspects fondamentaux : la localisation, les déterminants et le contenu. La localisation renvoie à l'endroit de la planche à propos duquel, sur lequel, le sujet a étayé ses déclarations associatives et répond à la question : « Comment le sujet a-t-il appréhendé la tache ? ». Elle est le reflet projeté de l'approche intellectuelle du sujet, de la façon dont il perçoit la réalité et comporte deux modalités : les réponses globales (G) et les réponses détails (D). Les déterminants quant à eux permettent à l'examineur, grâce à l'enquête, de savoir par quoi la perception exprimée par le sujet a été effectivement déclenchée ; à partir de quels éléments de la tache il a fourni tel ou tel type de réponses. Ces déterminants sont généralement de trois ordres : la forme de la tache (F+, F-), les réponses mouvement ou kinesthésiques (K, kan, kp), les réponses couleurs (C, CF, FC, C'F', C'F'), les réponses estompages (E). Les contenus sont de plusieurs ordres : animal (A), humain (H), objet (Obj), anatomie (Anat), géographie (Geo)...

4.8.2.7. *Le psychogramme au Rorschach*

C'est la récapitulation quantitative, chiffrée, des réponses. Nous avons utilisé à cet effet le modèle proposé par Chabert (2020). Il s'agit d'une grille (cf. annexe) où sont récapitulées plusieurs données comme le nombre de réponses, les temps (de latence, total, par planche), l'ensemble des cotations ainsi que certains éléments qualitatifs hors réponse (chocs, remarques, choix...). On y fait également figurer les résultats de certains calculs permettant une comparaison avec des données normatives, démarche utile à la pose de premières hypothèses cliniques. Nous pouvons y lire :

Le nombre de réponses et la durée de passation : R = nombre de réponses. Refus = planches ayant été refusées. Temps total (exprimé en minutes et secondes) = somme des temps totaux à chaque planche. Temps de latence moyen (exprimé en secondes) = Somme des temps de latence ÷ Nombre de planches interprétées. Temps par réponse = Temps total ÷ Nombre de réponses.

Les localisations (G, D) : Pour chaque localisation, on note leur nombre total dans le protocole ainsi que leur pourcentage par rapport au nombre total de réponses: $N \div R \times 100$. Pour les localisations associées, il est conseillé de les faire ressortir dans le psychogramme, mais le calcul du pourcentage porte uniquement sur la localisation finale (un Dbl/Gbl, un D/G doivent intégrer le G%). Un D/Dbl est à intégrer dans le D%. Un Dd/bl est à intégrer dans le Dd%. Le Dbl% est réservé aux localisations Dbl. Les Di intègrent le D%.

Les déterminants. On recense le nombre total de chacun des déterminants. Pour les réponses F, on note leur nombre total ainsi que leur répartition en F+, F- et F+/- . Déterminants doubles: chaque déterminant est recensé dans sa catégorie. Pour le second déterminant, il faut évaluer le poids du déterminant formel. Par exemple, une KC se décompose en général en K et FC; voir si une kobC se décompose en kob et C, en kob et CF ou en kob et FC

Les contenus. On recense le nombre de chaque contenu dans le protocole. Les Hd, Ad, (H), (A) doivent être différenciés des H et A.

4.8.2.8. *L'analyse des sollicitations latentes du matériel*

Pour Chabert, Louët, Azoulay et Verdon (2020), le contenu des protocoles Rorschach est constitué par un matériel verbal dans lequel les substantifs dominent. Ces mots-images peuvent être porte-paroles des préoccupations singulières du sujet, de ses souffrances, de ses

luttons, de ses plaisirs; mais il se trouve aussi que certains thèmes apparaissent de façon privilégiée à certaines planches avec une fréquence suffisante pour que les cliniciens aient été conduits à s'interroger sur les inductions possibles par le matériel de Rorschach. Selon eux, affirmer qu'en deçà de la configuration perceptive peut être dégagé un sens d'un autre ordre, c'est parler en termes de contenu manifeste et de sollicitations latentes et se référer à l'existence de l'inconscient et à la théorie psychanalytique. Ce qu'il importe de saisir, c'est la rencontre entre le sujet et le matériel et la reconnaissance plus ou moins explicite des références symboliques des planches, portées par leurs diverses configurations structurales et sensorielles évoquées.

Chabert, Louët, Azoulay et Verdon (2020) regroupent les différentes planches selon une double orientation: selon l'axe narcissique et la représentation de soi (intégrité identitaire, différenciation entre le sujet et l'objet, différenciation sexuelle et problématique identificatoire) et selon l'axe objectal (représentations de relations, registre conflictuel, place et fonction de l'objet).

4.8.2.9. Le Rorschach et la symbolisation

Afin d'évaluer les capacités de symbolisation des enfants à l'épreuve projective du Rorschach, Claudon (2006) a mis sur pied des indices aptes à rendre compte de cette dimension. Ainsi, les axes sélectionnés pour l'analyse du processus de symbolisation renvoyant à l'hypothèse selon laquelle les enfants agités souffrent d'une faille de la symbolisation. Selon lui, les excitations dues à l'épreuve projective ne pouvant être élaborées et contenues psychiquement, ces excitations s'exprimeraient par un autre biais, celui du corps et de la motricité. Six modalités sont retenues par Claudon (2006) qui rendent fidèlement compte de la symbolisation chez les enfants TDAH : l'espace imaginaire, la localisation des percepts, les mouvements de planche pendant la passation, la fréquence des réponses donnant des représentations d'altération de l'image du corps et aussi de fragilité des limites contenant, le recours à l'agir et ; la fréquence des représentations d'actions toniques peu élaborées. Afin de rendre plus observables et mesurables les processus psychiques au Rorschach, Richelle (2017) a mis sur pied trois dimensions importantes de la symbolisation : les processus de pensée et investissement de l'intelligence, les facteurs de socialisation et la dynamique affective. Ce sont ces trois dimensions que nous retenons dans le cadre de ce travail.

Les processus de pensée ou investissement de l'intelligence. S'il est bien admis que le test de Rorschach n'est pas à strictement parler un test au même titre qu'une échelle de Weschler,

et ne mesure donc pas le niveau de l'intelligence (par la calcul d'un Quotient Intellectuel par exemple), il malgré tout une certaine appréhension de la qualité des processus de pensée et du fonctionnement intellectuel il donne les indications sur « le rendement intellectuel réel du sujet, sur la façon dont son intelligence /fonctionne dans les situations concrètes de l'existence » (Richelle, 2017, p. 80). En d'autres termes, il permet de voir comment une personne mobilise ses ressources cognitives et. Finalement utilise son intelligence. Richelle (2017) voit les signes de l'intelligence dans les facteurs suivants : G% élevé, F+% élevé, type d'appréhension riche et souple, nombre élevé de kinesthésies, A% bas et un nombre élevé des réponses originales.

Les facteurs de socialisation et le rapport au réel. Pour Richelle (2017), ces facteurs sont à analyser conjointement aux éléments précédents car ils permettent de se faire une idée sur le niveau d'adaptation globale du sujet, en particulier pour ce qui relève des processus cognitifs. Elle conseille de se pencher sur l'analyse en configuration des facteurs suivants : l'A%, les réponses Ban, les D%, les F%, les F+%, les H% et l'utilisation des déterminants doubles (FC, FE). Ces indices compris dans la marge des normes attendues pour une population non clinique renvoient à une bonne appréhension de la réalité et à des capacités adaptatives et relationnelles adéquates. Des indices trop élevés suggèrent un conformisme excessif, un manque d'expressivité personnelle avec un étouffement des affects, une rigidité dans l'appréhension des différentes situations rencontrées. À l'inverse, des indices trop bas reflètent des troubles de l'appréhension de la réalité et des capacités adaptatives qui évoquent l'existence d'un trouble psychopathologique pouvant être trop invalidant.

La dynamique affective. Il s'agit ici pour Richelle (2017) de déterminer « la manière de se vivre soi et les autres, de vivre le monde, d'exprimer les conflits, la problématique, l'anxiété qu'elle déclenche et les moyens de lutte mobilisés contre le malaise et la souffrance » (p. 82). Les facteurs habituellement pris en compte à cet égard sont : le F%, la forme de l'affectivité ([FC/CF, C], la C et le RC%), le Type de Résonance Intime (TRI), la formule complémentaire (fc), les mécanismes de stabilisation de l'affect (K, F+%, G élaboré, D de bonne qualité, les mécanismes de destabilisation.

4.8.3. Difficultés rencontrées au cours de la collecte des données

Au cours de la collecte des données, nous avons rencontré des difficultés sur plusieurs plans. Sur le plan administratif, nous pouvons noter la lenteur dans le traitement des dossiers. En effet, ayant déposé notre demande de collecte le 21 octobre 2020, ce n'est qu'en novembre, plus précisément le 02 que nous avons eu une suite à cela. Sur le plan sanitaire, il fallait se

conformer aux exigences du CNRPH en procédant à un test obligatoire de Covid-19 car la collecte a coïncidé avec l'après-Covid. Sur le plan financier, il fallait s'acquitter des frais de stages qui s'élèvent à 5000F par mois, en plus des différents déplacements que nous avons effectué pendant cette période. Au niveau de la collecte proprement dite, il est à noter que le mode de fonctionnement des enfants TDAH ne facilite pas la passation de plusieurs protocoles de Rorschach par jour. Nous étions alors obligés de multiplier les jours de passation car une seule passation épuise. Avec les informateurs, vu qu'ils sont enseignants en même temps, il fallait à tout moment négocier et renégocier des plages horaires avec eux afin de parcourir les différents thèmes de notre guide d'entretien. Cette phase terminée, il fallait procéder à la transcription/retranscription des entretiens et à leur interprétation ; à la transcription, à la cotation, au calcul du psychogramme et à l'interprétation des protocoles du Rorschach. Toute chose qui nécessite beaucoup de temps.

4.8.4. Considérations éthiques

En tant qu'elle touche à l'être humain, avec ce que cela peut comporter comme risques d'atteinte à ses droits et à sa dignité, la recherche dans les sciences humaines et sociales impose que l'étudiant encadre ses habiletés techniques par des règles éthiques. Ainsi, nous avons informé les participantes de la nature de la recherche et de l'utilisation des résultats. Les participants spécialistes étaient entièrement libres d'accepter ou de refuser de participer à la recherche. Quant aux participants enfants TDAH, vu qu'ils sont des sujets vulnérables de par leur âge et leur trouble, une autorisation de recherche signée par le Directeur du CNRPH a été obtenue à cet effet. Un formulaire de consentement éclairé fut signé par chacune, avec la mention explicite qu'elle pouvait à tout moment se retirer de l'étude si elle le souhaitait. De plus, le contenu des entretiens est resté anonyme et confidentiel.

4.9. L'ANALYSE DES DONNEES

Pour Paillé (1996), ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques qui intéressent dans la recherche qualitative. Cette préoccupation rencontre le postulat de l'analyse qualitative à l'effet que « l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt que dans sa seule répartition quantitative » (Gighlione et Blanchet, 1991, p.31). Aussi, comme le font remarquer Gighlione et Blanchet (1991, p.57), « le discours produit par un entretien de recherche est un ensemble complexe d'énoncés ». Il peut se prêter à plusieurs types d'analyses. Nous avons choisi de procéder par l'analyse qualitative,

plus précisément l'analyse de contenu pour les données issues des entretiens et à l'approche française de Rauch de Trautenberg pour les protocoles de Rorschach.

4.10.1. L'analyse de contenu

Pour Giust-Desprairies et Lévy (2003,), l'analyse de contenu consiste à lire le corpus fragment par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des catégories fixées à priori ou établies au cours de la lecture. Selon eux, il s'agit d'une analyse qui porte sur « les contenus, unités de signification supposées véhiculées par un contenant (le langage), traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle » (p.290). L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. C'est donc une mise en ordre systématique du contenu manifeste d'un discours que nous avons mise en place (Ovambe Mbarga, 2016).

Pour la mener à bien, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse thématique telle que définis par Poirier et al. (1996), qui l'utilisent dans le cadre de l'analyse de contenu de récits de vie. Même si notre mode d'entretien ne relève pas à proprement parler du récit de vie. Ainsi, les principes d'analyse utilisés dans ce cadre nous apparaissent pertinents pour notre recherche. Ceci, parce ces principes permettent d'effectuer une série d'opérations destinées à « l'interprétation d'un corpus abondant, multiforme et foisonnant d'information » (Poirier & al., p.150), avec l'intention d'appréhender sa multiplicité, sa complexité, sa richesse.

Afin de préciser cette notion cruciale d'interprétation, on peut se référer à Robert et Bouillaguet (1997) qui, dans leur ouvrage consacré à l'analyse de contenu, la définissent comme « l'action d'inférer, d'accomplir une opération logique par laquelle on tire d'une ou plusieurs propositions (en l'occurrence les données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou plusieurs des conséquences qui en résultent nécessairement » (p. 35). Il s'agit, ajoutent les auteurs, de justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons de la preuve. C'est ce que nous nous sommes attelés à faire en s'appuyant plus précisément sur l'analyse thématique.

4.10.1.1. L'analyse thématique

Par analyse thématique, on entend « une recherche méthodologique des unités de sens par l'intermédiaire des propos tenus par les narrateurs relativement à des thèmes » (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996, p. 215). Cette analyse thématique permet l'analyse qualitative de données par « la sélection et l'organisation rationnelles des catégories condensant le contenu essentiel d'un texte donné (Poirier & al., p.243, cité par Ovambe Mbarga, 2016).

Pour procéder à cette analyse, nous avons construit des grilles d'analyse (Annexe). Il s'agit ici de ce que les auteurs appellent un examen de type classificatoire.

Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données. En effet, d'une part, le canevas établi pour l'enquête nous fournit à priori les thèmes principaux, d'autre part, le travail d'inventaire nous donne des catégories à postériori. Le choix de ces catégories qui obéit à certaines règles techniques d'exclusion mutuelle, de pertinence, d'homogénéité et d'efficacité, est le fait du chercheur (...). Il faut donc établir des catégories descriptives renvoyant à des variables du texte exclusives les unes des autres, qui découpent et organisent le discours » (Poirier, & al, 1996, cité par Ovambe Mbarga, 2016, p. 87).

Concrètement, ces auteurs proposent de procéder avec une colle et des ciseaux afin d'avoir toujours les fragments du texte sous les yeux et de pouvoir ainsi changer les fragments de catégories sans devoir revenir au texte d'origine. C'est donc ainsi que nous avons procédé, sauf que nos actions de couper et coller se sont faites de manière informatique avec le logiciel Word, chose peu répandue et guère possible en 1983. Cette coexistence de catégories construites à priori et à postériori nous a parue intéressante pour conjuguer rigueur et créativité, vérification et exploration. En effet, sur le plan de la rigueur, les catégories à priori conduisent à un recensement systématique suivant le plan de l'entretien alors que les catégories à postériori permettent dans une perspective plus exploratoire, de découvrir d'autres significations, parfois imprévues, qui éclaire le matériel.

4.10.2. Le compte rendu de l'examen psychologique du Rorschach

La démarche d'interprétation telle que prônée par Chabert et al. (2020) demande de prendre en compte : l'étude de la clinique de la passation ; l'étude des données quantitatives ou le psychogramme ; l'analyse des processus de pensée ; l'étude du narcissisme et la construction de l'identité ; l'analyse des représentations de relations ; l'analyse des affects et de l'angoisse ; l'étude de l'organisation des modalités défensives et enfin la conclusion ou la synthèse.

4.10.2.1. L'étude de la clinique de la passation

L'étude de la clinique de la passation relève d'une lecture approfondie du protocole permettant une redécouverte des messages, entendus cette fois en l'absence de l'enfant TDAH. Nous nous trouvons alors plus disponible par rapport aux données mais aussi par rapport à ses associations personnelles, pour percevoir le style du sujet, la logique ou la discontinuité, la qualité de la verbalisation, les manifestations plus individuelles, plus particulières ou originales confirmant ou infirmant les appréciations ou les intuitions cliniques, permettant d'établir des hypothèses qui seront corroborées ou non par le travail d'analyse. Ce préalable établit les bases d'une approche qui obéit à des objectifs synthétiques mettant en évidence l'interaction des différents facteurs. Il ouvre ainsi un certain nombre d'hypothèses en référence aux significations diverses qui sous-tendent la multi dimensionnalité des facteurs.

4.10.2.2. L'étude de la dimension cognitive de la symbolisation

S'il est bien admis que le test de Rorschach n'est pas à strictement parler un test au même titre qu'une échelle de Weschler, et ne mesure donc pas le niveau de l'intelligence (par la calcul d'un Quotient Intellectuel par exemple), il malgré tout une certaine appréhension de la qualité des processus de pensée et du fonctionnement intellectuel il donne les indications sur « le rendement intellectuel réel du sujet, sur la façon dont son intelligence /bnctionne dans les situations concrètes de l'existence » (Richelle, 2017, p. 80). En d'autres termes, il permet de voir comment une personne mobilise ses ressources cognitives et. Finalement utilise son intelligence. Richelle (2017) voit les signes de l'intelligence dans les facteurs suivants : G% élevé, F+% élevé, type d'appréhension riche et souple, nombre élevé de kinesthésies, A% bas et un nombre élevé des réponses originales.

4.10.2.3. L'étude de la dimension sociale de la symbolisation

Les facteurs de socialisation et le rapport au réel. Pour Richelle (2017), ces facteurs sont à analyser conjointement aux éléments précédents car ils permettent de se faire une idée sur le niveau d'adaptation globale du sujet, en particulier pour ce qui relève des processus cognitifs. Elle conseille de se pencher sur l'analyse en configuration des facteurs suivants : l'A%, les réponses Ban, les D%, les F%, les F+%, les H% et l'utilisation des déterminants doubles (FC, FE). Ces indices compris dans la marge des normes attendues pour une population non clinique renvoient à une bonne appréhension de la réalité et à des capacités adaptatives et relationnelles adéquates. Des indices trop élevés suggèrent un conformisme excessif, un manque

d'expressivité personnelle avec un étouffement des affects, une rigidité dans l'appréhension des différentes situations rencontrées. À l'inverse, des indices trop bas reflètent des troubles de l'appréhension de la réalité et des capacités adaptatives qui évoquent l'existence d'un trouble psychopathologique pouvant être trop invalidant.

4.10.2.4. L'étude de la dimension affective de la symbolisation

La dynamique affective. Il s'agit ici pour Richelle (2017) de déterminer « la manière de se vivre soi et les autres, de vivre le monde, d'exprimer les conflits, la problématique, l'angoisse qu'elle déclenche et les moyens de lutte mobilisés contre le malaise et la souffrance » (p. 82). Les facteurs habituellement pris en compte à cet égard sont : le F%, la forme de l'affectivité ([FC/CF, C], la C et le RC%), le Type de Résonance Intime (TRI), la formule complémentaire (fc), les mécanismes de stabilisation de l'affect (K, F+%, G élaboré, D de bonne qualité, les mécanismes de destabilisation.

4.10.2.5. L'étude de l'identité

L'étude de l'identité permet d'appréhender les fondements identificatoires (identifications primaires) et l'accès à la différence des sexes et des générations (identifications secondaires) en lien avec la bisexualité psychique. Cette démarche s'articule à l'analyse de la qualité du narcissisme et des limites sujet/objet qui détermine le rapport de l'enfant TDAH avec lui-même et face au spécialiste. Elle permet ainsi, par l'étude de certains facteurs, de se saisir de ces questions et d'y apporter des réponses en termes de stabilité ou d'instabilité identitaire ou identificatoire, de fragilité ou de solidité narcissique, et de tenue, d'effritement ou d'éclatement des frontières corporelles et psychiques.

4.10.2.6. L'analyse des représentations de relations

L'analyse des représentations de relations souligne l'expression et le traitement des mouvements pulsionnels, agressifs et libidinaux, au sein des représentations de relations d'objets: les différentes modalités de leurs expressions, dégagées par le biais des facteurs impliqués, mettent au jour des mouvements conflictuels d'allure œdipienne, narcissique, de perte, de fusion ou de destruction, susceptibles de se combiner. Les figures parentales apparaissent, aux planches qui les sollicitent, sous l'angle de représentations archaïques, persécutrices, narcissique-phalliques ou juste suffisamment ambivalentes.

4.10.2.7. La conclusion ou la synthèse.

La synthèse, suivant la démarche d'interprétation du Rorschach, s'attache au dégagement des problématiques prévalentes, à la mise en place d'hypothèses psychopathologiques concernant l'organisation du fonctionnement psychique.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES DONNEES DE L'ETUDE

Au cours de notre passage au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées, l'échelle de Conners (2008) avait été passée, ce qui a permis de recruter les cinq enfants TDAH qui constituent la population de cette étude. Il s'agit des cas Benoué, Diamaré, Kadéi, Menoua et Mfoundi. Le test de Rorschach a permis de saisir les processus en lien avec leur capacité de symbolisation. Trois modalités ont été retenues : les processus de pensée et investissement de l'intelligence, les facteurs de socialisation et la dynamique affective. Mais l'interprétation des données du Rorschach a permis de mettre en exergue deux thèmes émergents : les identifications et les représentations de relations. Le présent chapitre est consacré au compte rendu de l'examen psychologique des participants, à la présentation et l'analyse des résultats de l'étude.

5.1. PRÉSENTATION DES DONNÉES DU RORSCHACH

5.1.1 Les participant Benoué

Benoué a 09 ans. Il est élève en classe de cours élémentaire deuxième année (CE2) au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Il est l'aîné d'une famille originaire de l'ouest du pays, qui s'est installée à Yaoundé, capitale politique du Cameroun. Certains de ses frères et sœurs fréquentent d'autres écoles de la même ville. Benoué est un enfant qui arrive au monde dans des circonstances particulières. En effet, il est conçu alors que sa mère, encore adolescente, est élève en classe de terminale dans un collège de la place. Au cinquième mois de la grossesse, son petit ami l'abandonne et pour aller s'installer dans une autre ville. Abandon qui l'inquiète, notamment par rapport au devenir du futur bébé, malgré la présence rassurante de sa maman. C'est ainsi qu'elle sombre dans une dépression qui l'a amenée chez un psychiatre. Quelques mois après, cette dernière accouche d'un garçon : c'est Benoué. Elle a donc la charge d'élever un enfant sans aucune expérience, en même temps qu'elle doit poursuivre son accompagnement avec son psychiatre. Elle décide d'abandonner l'enfant à sa maman. Ainsi, par son instabilité, elle fait vivre à l'enfant, très tôt, une expérience de séparation dont la gravité est souvent méconnue par elle-même. De temps en temps, elle déverse sur ce dernier toute la rancœur qu'elle a emmagasinée de son père qui l'a abandonnée avec sa grossesse.

5.1.1.1. Étude de la clinique de la passation

La productivité est faible (R = 13). Les commentaires sont présents. La passation est rapide et le traitement du matériel parfois spontané. Les réponses sont données avec quelques précautions verbales. La relation avec le psychologue reste bonne, confiante mais avec plus d'étayage.

5.1.1.2. Protocole de Rorschach de Benoué

Nom : Benoué

Classe : CE2

Age : 09 ans

Sexe : Masculin

Pl.	PASSATION	ENQUETE	COTATION
I	06'' 1. $\wedge\wedge\wedge\wedge$ (Froisse son visage) Un chien ! C'est un chien un peu mort. Je ne vois plus rien. 01'04''	Toute la tâche.	G F- A
II	02'' 2. Un animal noir que le feu a brûlé et on la jeté dans la brousse. C'est comme si c'est la chauve-souris. C'est bizarre ! 00'52''	Le tout.	G FC'- A
III	05'' 3. Je vois un ange gardien noir avec des pattes de canard. 00'24''	Le tout.	G FC' (H)/Ad
IV	14'' 4. $\wedge\wedge$ (Un long silence, incline sa tête ver la droite, puis la gauche) Un géant. Il a l'air méchant. 00'28''	Le tout.	G Fclob (H) →Tend K
V	06'' 5. Là, $\wedge\wedge$ c'est une chauve-souris noire qu'on voit la nuit. 00'33''	Le tout.	G FC' A Ban
VI	11'' 6. (Long silence) Ça ressemble à l'intérieur du cou d'un animal sauvage, avec une grande gorge à l'intérieur. 7. Je vois un marteau qui enfonce un clou. Le clou est au mur. 00'15''	Détail supérieur haut. Le tout.	D F- Anat G kob obj
VII	07'' 8. Hum, Je vois le pont de la Sanaga. 9. C'est comme les nuages quand il veut pleuvoir. Le ciel est souvent comme ça. 00'27''	Le tout. Détail blanc central.	G F+ Archi Dbl F+/- Elem

VIII	02'' 10. Une fourmi qu'on a piétinée. C'est un peu écrasé. 00'40''	C'est un insecte (<i>Le tout</i>).	<i>G F- A</i>
IX	03'' 11. Un truc qui perce la fourmi. Ça passe sur sa poitrine. 00'45''	Le bâton pointu (Détail central).	<i>D kob Bot/A</i>
X	05'' 12. On appelle ça encore comment là ? Oui, un monstre avec des cornes de la chèvre. 13. Je, je, je vois. On dirait un truc rouge ; c'est du sang partout. 01'01''	<i>Détail rose et détail vert central supérieur.</i>	<i>D F- (A)/Ad</i> <i>D C sang</i>

Nombre de réponses : 13	Temps de passation : 07mn 23secs	Temps moyen de latence : 06 secs
Planches (+)	Planches (-)	
Pl. III : parce que tout le monde aime l'ange.	Pl. II : parce que la chauve-souris fait peur. Elle ne sort que la nuit.	
Pl. VII : parce que le pont est très beau.	Pl. X : parce qu'il y a du sang qui coule.	

5.1.1.3. Psychogramme de Benoué

PRODUCTIVITE

R = 13

T/R = 07'23"

T = 07'23"

TL moyen = 6"

TYPE D'APPREHENSION

G  62 %D  31 %Dd  0 %Dbl  7 %

G = 8

D = 4

Dd = 0

Dbl = 01

G% = 62

D% = 31

Dd% = 0

Dbl% = 7

DETERMINANTS FORMELS

F = 6

F+ = 1

F- = 4

F+/- = 1

F% = 39%

F+% = 20%

FACTEURS AFFECTIFS

CF = 0

FC' = 3

C = 1

Fclob = 1

E = 0

K = 0

kob = 2

kan = 0

kp = 0

FE = 0

TRI = 0 K /4,0 C ; Formule complémentaire = 2k / 0,0E

RC % = 31%

CONTENUS

H = 0

Hd = 0

(H) = 1

H% = 15%

A = 4

(H)/Ad = 1

(A)/Ad = 1

A% = 54%

Obj = 1

Anat = 1

Elem = 1

Sang = 1

Bot/A = 1

Géo = 0

Arch = 1

Pays = 0

Sexe = 0

Frag = 0

FACTEURS ADDITIONNELS

IA = 15 Ban = 1 Choc =

Choix + : III et VII

Choix - : II et X

5.1.1.4. Processus de pensée et investissement de l'intelligence

La pensée de Benoué est peu articulée (G vague ou impressionniste) avec une faille plus ou moins importante dans la prise en compte du réel (F+% diminué). Le F% diminué souligne le peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels au profit d'une prévalence de la vie pulsionnelle. Bien que l'activité cognitive soit diversifiée (Obj, Anat, Elem, Sang, Bot, Arch), le nombre faible de réponses (13) témoigne de l'absence d'investissement des représentations. Benoué manque de capacité d'élaboration psychique et de symbolisation (K = 0). A noter toutefois des capacités de contrôle qui apparaissent adéquates face à certaines représentations symboliques anxiogènes ou face à des situations mettant davantage en jeu sa réactivité affective.

5.1.1.5. Facteurs de socialisation ou rapport au réel

Benoué semble incapable de tenir compte du principe de réalité et d'établir une adaptation sociale grâce aux facteurs rationnels et une perception commune du monde extérieur. Le contrôle se trouve également amoindri par les sollicitations pulsionnelles sexuelles (F+% diminué, absence de Ban à la planche I). Il est incapable d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui (0K). Mais, sollicitée par ces éléments d'ordre pulsionnel ou émotionnel, il ne dispose pas toujours d'une adaptation et d'un maintien suffisant du contrôle rationnel. Le H % normal avec une prévalence de (H) témoigne d'une préoccupation dans le rapport à l'autre.

5.1.1.6. Dynamique affective

Le TRI est extratensif pur (0K/4). Benoué fait preuve d'une réactivité émotionnelle labile tournée vers l'extérieur, et qui favoriserait l'adaptation sociale. Il est davantage soumis à son vécu émotionnel et affectif, peut être qualifié d'émotionnel et d'instable et présente davantage d'impulsivité, de suggestibilité et d'égoïsme, qu'il tente cependant de contrôler par des mécanismes rationnels lorsque l'impact affectif n'est pas trop marqué (FC', Fclob), ce qui n'est pas le cas face à des sollicitations émotionnelles plus fortes (C). L'absence de K indique une difficulté à interioriser et mentaliser les besoins et les conflits.

5.1.1.7. Les identifications primaires et secondaires

L'identité de base reste bien structurée (entière et intègre) malgré son caractère plus régressif et immature (présence de Ban à la planche V). Benoué ne parvient pas à se reconnaître comme appartenant à la race humaine (réponse animale et mythique aux planches III et V). La sensibilité de Benoué aux caractéristiques phalliques (« Un géant », IV ; « Je vois un marteau

qui enfonce un clou... ça ressemble à l'intérieur de la gorge d'un animal »), renseignerait suffisamment sur les capacités identificatoires secondaires du sujet. Cependant, l'incapacité de Benoué à préciser le genre de personnages perçus dans la tâche (« Un ange gardien avec des pattes de canard», Pl. III) vient remettre en cause cette capacité de reconnaissance de l'appartenance masculine. D'autre part, l'absence d'indices renvoyant à la féminité aux planches II, VII, IX traduit un malaise face au féminin maternel, chez Benoué.

5.1.1.8. Les représentations de relations

Le rouge à ces planches vient solliciter le sujet dans ses modalités de gestion pulsionnelle et génère chez lui une angoisse face à la sexualité. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme de répression (kinesthésie animale réprimée : « Un animal noir que le feu a brûlé et on l'a jeté dans la brousse », II). Le sujet éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'elle se situe dans un contexte sexualisé. A la planche III, par contre, Benoué arrive à reprendre un certain contrôle rationnel (FC') mais ne parvient pas tout de même à établir une relation à l'autre (« Je vois un ange gardien avec des pattes de canard »).

5.1.1.9. Synthèse de l'analyse

Dans la synthèse générale, il est important de souligner aussi bien les ressources Benoué que ses points de faille et ses dysfonctionnements. Et pour y arriver, il faut être attentif aux particularités de son protocole donc à ce qui est saillant par rapport à un protocole « dans les normes », c'est-à-dire aux indices qui s'en écartent et à la marque individuelle des réponses.

Benoué fait preuve d'une appréhension de la réalité quelque peu défaillante. Il ne dispose de ressources nécessaires pour faire face aux sollicitations de son environnement. L'activité de pensée fait également défaut lorsqu'elle est trop sollicitée par des éléments d'ordre pulsionnel. L'adaptation sociale apparaît relativement adéquate. L'identité de base semble bien construite et structurée mais garde une fragilité au niveau assises identitaires et de l'image du corps. Le sujet semble dans un premier temps avoir la capacité d'une représentation de soi intègre et entière et de se positionner par rapport à l'autre dans une relation positive. Cependant, cette représentation de soi peut être à certains moments mise à mal et dévalorisée. L'expression pulsionnelle est principalement du registre agressif mobilisant des modalités défensives diverses : elle s'exprime crûment à plusieurs reprises. La problématique sexuelle et la reconnaissance de l'identité féminine posent problème. La relation à l'autre dans un contexte

sexualisé ne semble pas être assumée par Benoué. Ses besoins et désirs ne seraient que partiellement gérés et intégrés. L'angoisse semble être morcellement, mais avec quelques indices renvoyant à la castration. On note également une composante phobique. Les défenses appartiennent à différents registres : clivage et a minima refoulement. La problématique concerne tant le processus de pensée que l'identité sexuelle. On se trouve ici face à un fonctionnement complexe qui présente diverses facettes ; certains aspects évoqueraient plutôt une problématique phobique (organisation marquée par l'inhibition) ; néanmoins la crudité de certaines réponses, la variété des défenses, la présence de clivage et de référence aux processus primaires, nous renvoient plutôt à un registre psychotique.

5.1.2 Le participant diamaré

Deuxième enfant d'une fratrie de trois, d'allure générale très dégagé, jovial et métis, Diamaré est un jeune garçon de 10 ans en classe de CM1 ; d'un père camerounais et ingénieur informaticien et d'une mère allemande et juriste d'entreprise. Son attitude devant l'étranger semble traduire une forte confiance en soi : pendant le Rorschach, il se montre très enthousiaste ; pose tellement de questions et nous fixe le regard à chaque consigne. Physiquement en bonne santé, il est un peu taquin : le peu de temps qui a précédé la passation du Rorschach a été marquée par une petite démonstration de force avec un de ses camarades de classe. L'éducatrice spécialisée qui l'accompagne dans la salle d'écoute où devait se dérouler la passation le présente comme trop bagarreur. « On ne peut compter le nombre de fois que cet enfant bagarre ici à l'école » : déclare-t-elle en passant. Comme la plupart des enfants de son âge, Diamaré n'a eu aucun problème à la naissance. Il fréquente ce centre depuis l'âge de 06 ans. Il faisait alors la classe de la SIL. Il avait été amené dans ce centre pour la première fois par sa mère pour hyperactivité et mésentente fréquente avec sa grande sœur. Son diagnostic, très précoce à cet âge, laissait déjà soupçonner une hyperactivité. Ce fut le troisième centre à avoir reçu cet enfant. Ce ne sera qu'au cours de la deuxième année du primaire qu'il a effectivement été diagnostiqué TDAH, sous-type hyperactivité/impulsivité prédominante (dossier médical).

5.1.5.1. Étude de la clinique de la passation

Diamaré est arrivé dans la salle d'écoute ce matin très enthousiaste, accompagné d'une de ses éducatrices spécialisées pour participer à la passation du test de Rorschach. Le premier contact avec nous fut avec une tonne de question sur ma personne. La rencontre avec le matériel suscite d'emblée un mouvement projectif. Diamaré révèle dès la première planche l'impact excitant des stimulations extérieures et sa difficulté à gérer la distance aux objets : «Hum !

Hum ! Hum ! Un oiseau avec ses ailes ici !»). Il tente ainsi régulièrement d'installer sur un mode défensif fragile une distance avec le matériel, donnant à voir la précarité de ses limites. Sa réactivité est grande ainsi que sa sensibilité aux divers aspects du matériel extrême. On peut ainsi observer des différences importantes dans ses réactions aux planches selon qu'elles sont noires, rouges ou pastel. Son protocole a une productivité moyenne, donnée dans un temps assez rapide de 11 minutes 13 secondes.

Les temps de latence sont courts sauf aux planches I, II et X. On note également des variations du nombre de réponses par planche : de 1 à 2. Si ces différents éléments signalent la sensibilité à la symbolique du matériel, parallèlement le protocole apparaît inhibé et l'implication personnelle difficile, plus spécialement au spontané. En effet, la verbalisation chez Diamaré est plutôt pauvre, les réponses laconiques réduites à un ou deux mots, les planches sont très vite expédiées « *C'est tout, ça !* » ; l'accent mis sur l'imprécision des représentations est fréquent « *ça* ». La participation corporelle est aussi à souligner (se retourne, maugrée et regarde la planche avec désintérêt ; dehors, s'étire et se lève, sursaut, pose vite la planche...) alors qu'on ne relève pas de caractéristiques émotionnelles dans la verbalisation.

La mobilisation comportementale est aussi remarquable ; Diamaré n'a de cesse d'accompagner ses réponses d'exclamations, traduisant le choc que la planche active en lui : « *Hum ! Hum ! Hum !* », Planche I ; « *Hum, le pied.* », Planche II ; « *Hum, le dragon !* », Planche IX. La relation avec le clinicien semble néanmoins bien établie: Diamaré associe en sa présence sur un mode qui, loin de l'exclure, lui adresse ses associations. Il va même ponctuellement jusqu'à solliciter son soutien dans ses réponses : « *... Y'a quoi ici ? Ici c'est quoi ?* » (Pl. I), « *Tu manges souvent le serpent ?* » (Pl. X). L'étayage apporté par les interventions du clinicien à l'enquête se révèle positif: s'il accentue la dimension projective, il lui permet de développer parfois d'autres modalités défensives, de construire au fil de la passation une représentation de l'imaginaire maternelle. Ses formulations traduisent l'oscillation entre deux positions : dans un effort d'étayage sur la réalité externe, Diamaré présente souvent ses réponses comme des évidences perceptives (« *Un oiseau avec ses ailes*») qui ne se maintiennent pas toujours à l'enquête (« *J'ai vu ses pieds*») et qui peuvent être ponctuellement arbitraires (« *La fesse de la poule*»); d'autres propositions sont plus nuancées et des précautions verbales témoignent de la conscience d'interpréter. Le discours, clair dans l'ensemble, se trouve de temps en temps infiltré par les émergences en processus primaire selon des modalités particulières: les altérations du langage portent la marque d'un blocage (« *C'est quoi ici ?*», « *C'est fini nor ?* »).

5.1.5.2. Protocole de Rorschach Diamaré

Nom et prénom : **Diamaré** ;

Age : **10 ans** ;

Sexe : **Masculin**

Pl.	PROTOCOLE	ENQUETE	COTATION
I	12'' <i>Silence. Huum ! Huum ! Huum ! Y a quoi ici?</i> 0. Un oiseau avec ses ailes ici. (<i>Pointe la partie latérale de la planche</i>). 1. Ici, c'est quoi ? La fesse de la poule (<i>Pointe la partie inférieure de la planche</i>). 1'44''	J'ai vu ses pieds. (<i>Extrémité inférieure médiane</i>)	G F+ A Ban D F- Ad
II	09'' 2. (<i>Contemple la pièce</i>). Le bras ici. Je vois quelque chose que je ne connais pas ici. 3. (<i>Silence; rapprochement de la planche de ses yeux</i>) Ça ! Hum, le pied. 1'43''	Le bras du singe (<i>Détail pointe médiane supérieure</i>). Le pied du singe (<i>Extrémité de la saillie latérale inférieure</i>).	D F- Ad Dd F+ Ad
III	07'' 4. Les canetons. Les voici ! (<i>Touche les deux parties noires latérales</i>). 0'55''	Il y a même les canards ici. Les enfants attrapent souvent.	D F+ A
IV	03'' 5. Le loup. (<i>Retourne la planche ; quoi encore là ?</i>) <i>C'est fini nor ?</i> 0'45''	Voici sa queue.	G F- A
V	06''		

	6. (<i>Se retourne, maugrée et regarde la planche avec désintérêt</i>) les pattes. 0'35''	Les pattes de l'oiseau (<i>Détail saillie médiane inférieure</i>).	D F+ Ad
VI	06'' 7. <i>Ouf ! (S'étire et se lève) La tête de quelque chose ; je connais pas. C'est le chat.</i> 1'09''	(<i>Détail partie supérieure</i>)	D F+ Ad
VII	04'' 8. Les poussins. Voici ça ! (<i>Rapproche la planche pour indiquer</i>). 0'48''	Il y a ça chez nous encore. (<i>1^{er} et 2^e tiers supérieurs</i>).	D F- A
VIII	03'' 9. Le chapeau. Je vois souvent ça à la télé. 0'54''	Parce que mon oncle porte aussi le chapeau. (<i>Détail gris supérieur</i>).	D F+ Obj
IX	04'' 10. Hum, le dragon. Voici ça ! (<i>Touche la planche</i>). <i>C'est fini ! Touche les planches précédentes sur la table.</i> 0'54''	Il y a encore ça chez nous. (<i>Détail brun et vert latéraux</i>).	D F- (A)
X	08'' 11. Beaucoup de fleurs. Il y a ça beaucoup ici. Même chez nous, il y a les fleurs. 12. (<i>Sursaute</i>) Voici le serpent ! la maîtresse de Junior a tué le serpent l'autre jour. Tu manges souvent le serpent ? (<i>En se levant</i>). 0'29''	(<i>Détail vert médian entier inférieur</i>).	G CF Bot D F+/- A

Temps de passation : **11mn 13sec** ; Nombre de réponses : **13** ; Temps de latence : **0'59 secs**

Choix (+) = Pl (VIII) et Pl (X)

Pl (VIII) : « *Le chapeau. Je vois ça à la télé* ». Pl (X) : « *Beaucoup de fleurs !* ».

Choix (-) = Pl (I) et Pl (X)

Pl (I) : « *La fesse de la poule* » ;

Pl (X) : « *Voici le serpent ! La maîtresse de Junior a tué le serpent* ».

5.1.5.3. Psychogramme de Diamaré

PRODUCTIVITE

R = 13

T/R = 59"

T = 11'13"

TL moyen = 6"

TYPE D'APPREHENSION

G  31 %D  62 %Dd  8 %Dbl  0 %

G = 4

D = 8

Dd = 1

Dbl = 0

G% = 31

D% = 62

Dd% = 8

Dbl% = 0

DETERMINANTS FORMELS

F = 12

F+ = 5

F- = 5

F+/- = 2

F% = 92%

F+% = 50%

FACTEURS AFFECTIFS

CF = 1

FC = 0

C = 0

clob = 0

E = 0

K = 0

kob = 0

kan = 0

kp = 0

FE = 0

TRI = 0 K / 1,0 C ; Formule complémentaire = 0k / 0,0E

RC % = 31%

CONTENUS

H = 0

Hd = 0

(H) = 0

H% = 0%

H%é = 0%

A = 6

Ad = 5

(A) = 0

A% = 85%

Obj = 1

Anat = 0

Scène = 0

Sang = 0

Bot = 1

Géo = 0

Arch = 0

Pays = 0

Sexe = 0

Frag = 0

FACTEURS ADDITIONNELS

IA = 0 BAN = 1 Sym = 0 Choc = Choix + : VIII Choix - : I et X

5.1.5.4. Processus de pensée et investissement de l'intelligence

Le fonctionnement psychique de Diamaré apparaît pauvre en ressources, tant sur le plan du rendement intellectuel (R faible, rareté de contenus, A% élevé) que sur celui des capacités de mentalisation et de symbolisation (absence de K). Le sujet se montre incapable d'appréhender les situations dans leur entièreté (G) mais se préoccupe des détails (Dd) en mobilisant avec échec la plupart du temps ses processus rationnels. Ses capacités de contrôle apparaissent débordées face à certaines représentations symboliques anxiogènes ou face à des situations mettant davantage en jeu sa réactivité affective ($FC < CF + C$).

5.1.5.5. Facteurs de socialisation ou rapport au réel

Le F+% faible signe les failles des capacités adaptatives et d'appréhension du réel. Les processus secondaires sont défaillants et le fonctionnement psychique est envahi par les processus primaires, ce qui se marque également par l'importance de l'extratensivité (0K/1C) non contrebalancée par des facteurs de freinage ni des potentialités de mentalisation et d'intériorisation des conflits (0K). Le protocole de Diamaré manque de traces d'une participation à la pensée commune (A% élevé, H% nul, 1 Ban) mais avec à nouveau, au niveau des contenus, des signes de l'émergence des processus primaires [(H), (A)].

5.1.5.6. Dynamique affective

Le TRI est légèrement extratensif (0K/1C). Diamaré fait preuve d'une réactivité émotionnelle parfois avec une certaine labilité affective ($CF+C > FC$) mais qui manque de pondération en par des facteurs de mentalisation absents (0K). On relève également des attitudes régressives et infantiles de par la présence d'un A% élevé. L'absence de K indique une difficulté à intérioriser et mentaliser les besoins et les conflits. Néanmoins, le sujet présente une certaine sensibilité aux affects et aux émotions qu'il arrive à partiellement à canaliser.

5.1.5.7. Les identifications primaires et secondaires

Le niveau de structuration de l'identité de base chez Diamaré semble intégrée (« Un oiseau avec ses ailes ici » : Ban), malgré son caractère régressif (réponse animale). La capacité d'une représentation de soi intègre et entière est présente mais les processus identificatoires à l'être humain ne sont pas élaborés (III) : Diamaré ne se reconnaît pas comme appartenant à l'espèce humaine. Se positionner par rapport à l'autre et se confronter à la relation mobilise des processus de régression : Diamaré voit les « cannetons » à la place des humains. La présence

de réponses de même type dans tout le protocole, réponses le plus souvent peu identifiables quant à l'appartenance sexuelle, est ici signe d'une non accession à la problématique œdipienne (« un oiseau » (I) ; « les cannetons » (III) ; « le loup » (IV) ; « les poussins » (VII) ; « le serpent » (X)). Diamaré n'a pas accédé à l'identité sexuée.

5.1.5.8. Les représentations de relations

La réactivation de représentations de relations est angoissante chez Diamaré et conduit à un mécanisme d'isolation et de répression (II : kinesthésie figée et partielle.). Le sujet éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'elle se situe dans un contexte sexualisé. A la planche III, par contre, Diamaré arrive à reprendre un certain contrôle rationnel en recourant à une bonne qualité formelle, mais n'arrive pas à établir une relation à l'autre. La persistance de son trouble entrave les mécanismes d'identification et de relation à autrui.

5.1.5.9. Synthèse de l'analyse du cas

De l'analyse formelle et dynamique, nous pouvons relever les failles graves l'appréhension de la réalité et des capacités adaptatives ainsi que la défaillance des processus de pensée et la pauvreté de mentalisation, de symbolisation et de gestion des pulsions. L'expression pulsionnelle se traduit par la crudité des émergences pulsionnelles, et la prévalence des processus primaires au dépend des processus secondaires. L'angoisse est nettement une angoisse de castration qui envahit toute la vie psychique. Les mécanismes de défense sont bien présents et sont du registre labile avec quelques procédés d'inhibition. La problématique est prégénitale. Les capacités identificatoires sont entravées et en ce qui concerne la relation d'objet. L'ensemble de ces éléments nous amènent à considérer qu'il s'agit d'un protocole névrotique, avec une composante phobique et hystérique.

5.1.3 Le participant Kadei

Kadéi est fils unique à sa maman, du moins pour le moment, et quatrième enfant du lit de son père. Il est élève au CE2. D'une allure bedonnante, Kadéi se plaint de ses camarades qui se moquent de sa rondeur. Il est accompagné de sa grand-mère chaque matin. Son diagnostic d'hyperactivité avait été posé il y a deux ans quand il faisait le cours préparatoire (CP). En effet, sa mère, en début d'année, s'était rapprochée du CNRPH pour comprendre davantage du comportement de son fils. Depuis lors, le CNRPH est devenu le lieu où il fréquente. Kadéi déteste quand sa maîtresse l'appelle « boule ». Il est présenté par ses camarades comme « un enfant nuisible qui arrache les objets des autres ».

5.1.3.1. Étude de la clinique de la passation

La productivité de Kadéi est faible, sans commentaires. La passation est rapide, le traitement du matériel est spontané. Les réponses sont données précautions verbales, mais avec plus de certitude. La relation avec le psychologue semble bonne, mais de temps en temps perturbée par son agitation. Dès la première planche, Kadéi trahit son incapacité à s'adapter à une situation nouvelle. Non seulement il ne trouve aucune globalité à cette planche, mais également les réponses banales attendues sont absentes : « Je vois un enfant ; Je vois quelqu'un. Ils sont deux. Voici l'autre de ce côté » (Pl. I).

5.1.3.2. Protocole de Rorschach de Kadéi

Nom : **Kadéi**

Classe : **CE2**

Age : **09 ans**

Sexe : **Masculin**

Pl.	PASSATION	ENQUETE	COTATION
I	06'' 1. Je vois un enfant. 2. Je vois quelqu'un. Ils sont deux. Voici l'autre de ce côté. 50''	Partie médiane entière	D F+ H D F+ H Sym
II	03'' 3. Je vois deux papillons rouges. 54''	Rouge haut extérieur	D FC+ A
III	08'' 4. Je vois un cheval. 47''	Rouge extérieur en haut	D F+ A
IV	10'' 5. Je vois la chaise du roi. 40''	Partie médiane inférieure	G F+ Obj
V	02'' 6. Je vois une personne. 39''	Partie médiane entière	D F+ H
VI	02'' 7. Je vois un grand arbre qui monte. 8. Je vois un papillon avec ses ailes et sa bouche. 17''	Partie supérieure englobant papillon et toute la ligne médiane entière. Partie supérieure.	D kob Bot D kan A
VII	02'' 9. Je vois deux chats. 40''	1 ^{er} et 2 ^e tiers.	D F+ A

VIII	07'' 10. Je vois deux grenouilles rouges. 19''	<i>Partie rose latérale.</i>	D FC- A
IX	04'' 11. Je vois encore une personne ici. 16''	Détail milieu excepté les animaux	D F- H
X	03'' 12. Je vois beaucoup de couleurs ; ce sont les animaux. 13. Je vois les crabes qui montent sur la bougie. 14. Je vois quatre oiseaux qui volent et trois oiseaux qui sont en bas qui tombent. 29''	<i>Gris latéral en haut.</i>	G CF A D kan A D kan A

Nombre de réponses : **14**Temps de passation : **06mn 57secs** Temps moyen de latence : **04 secs****PL+.** **PL.VIII** : « Parce qu'il y a les couleurs ». **PL.X** : « Parce que les couleurs».**PL- . VII** : « Parce que je vois deux chats avec les cornes sur la tête ». **PL. III** : « Parce que je vois deux personnes qui montre leurs fesses ».

5.1.3.3. Psychogramme de Kadéi

PRODUCTIVITE

R = 14

T/R = 35''

T = 06'57''

TL moyen = 04''

TYPE D'APPREHENSION

G  14 %D  86 %Dd  0 %Dbl  0 %

G = 2

D = 12

Dd = 0

Dbl = 0

G% = 14

D% = 86

Dd% = 0

Dbl% = 0

DETERMINANTS FORMELS

F = 7

F+ = 6

F- = 1

F+/- = 0

F% = 50%

F+% = 75%

FACTEURS AFFECTIFS

CF = 1

FC' = 2

C = 0

Fclob = 0

E = 0

K = 0

kob = 1

kan = 3

kp = 0

FE = 0

TRI = 0 K / 2,0 C ; Formule complémentaire = 3k / 0,0E ; RC % = 36%

CONTENUS

H = 4

Hd = 0

(H) = 0

H% = 29%

A = 8

(H)/Ad = 0

(A)/Ad = 0

A% = 57%

Obj = 1

Anat = 0

Elem = 0

Sang = 0

Bot = 1

Géo = 0

Arch = 0

Pays = 0

Sexe = 0

Frag = 0

FACTEURS ADDITIONNELS

IA = 0 Ban = 1 Choix + : VIII et X

Choix - : III et VII

5.1.3.4. Processus de pensée et investissement de l'intelligence

L'activité cognitive est très peu diversifiée (A, H, Bot, Obj). Kadéi dispose de peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels au profit d'une prévalence de la vie pulsionnelle (F% diminué), avec une faille plus ou moins importante dans la prise en compte du réel (F+% diminué). Sa pensée est peu articulée et peu sthénique dans l'approche du monde et évoque la fragilité du contenant. On note l'absence de mécanisme d'élaboration mentale (OK) et de socialisation de la pensée (Ban = 0). Il incapable de s'adapter à la réalité extérieure et aborde les situations de façon détaillée (D% = 86).

5.1.3.5. Facteurs de socialisation ou rapport au réel

Un déséquilibre psychologique se manifeste chez Kadéi au détriment des ressources imaginaires et de la pensée créative (A% élevé). Il n'est capable de tenir compte du principe de réalité et d'établir une adaptation sociale grâce aux facteurs rationnels et une perception commune du monde extérieur (F+% diminué, A% élevé, Ban inexistante). Il n'est capable d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui (OK). Mais sollicité par des éléments d'ordre pulsionnel ou émotionnel, il dispose parfois d'une adaptation et d'un maintien suffisant du contrôle rationnel (FC). Toutefois, le H% élevé (29%) témoigne d'une préoccupation dans le rapport à l'autre.

5.1.3.6. Dynamique affective

Le Rorschach permet de déterminer la manière dont Kadéi identifie, nomme, exprime et gère ses émotions. Son TRI est extratensif pur (OK/2.0C). Il fait preuve d'une réactivité émotionnelle avec une certaine labilité affective. Mais réactivité émotionnelle reste stabilisée et équilibrée ($FC > CF+C$), même s'il est davantage soumis à son vécu émotionnel et affectif, peut être qualifié d'émotionnel et instable et présente davantage d'impulsivité, de suggestibilité et d'égoïsme. L'absence de K indique une difficulté à intérioriser et mentaliser les besoins et les conflits.

5.1.3.7. Les identifications primaires et secondaires

Si Kadéi ne semble pas avoir une bonne identité de base (absence de réponse globale à la planche I), ses capacités d'identification primaire sont plus élaborées ; il se reconnaît comme appartenant à l'espèce humaine (H% élevé). La sensibilité de Kadéi aux caractéristiques phalliques (IV, VI) du contenu manifeste signifierait l'accès à l'identification secondaire ou

différence de sexe et de génération. Cependant, son incapacité à préciser le genre de personnages perçus dans les tâches « Je vois une personne » (Pl. IX) vient remettre en cause cet accès.

5.1.3.8. Les représentations de relations

Le rouge à la planche II vient solliciter le sujet dans ses modalités de gestion pulsionnelle et génère chez lui une angoisse face à la sexualité. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme régressif (« Je vois deux papillons rouge », II ; « Je vois un cheval », III). Le sujet éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'il se situe dans un contexte sexualisé.

5.1.3.9. Synthèse de l'analyse de Kadéi

Kadéi fait preuve d'une appréhension de la réalité quelque peu défailante. Il dispose d'une capacité à s'adapter grâce à l'activité régulatrice de la pensée qui fait cependant défaut lorsqu'elle est trop sollicitée par des éléments d'ordre pulsionnel. L'adaptation sociale apparaît relativement inadéquate. L'identité de base ne semble pas bien construite et structurée. L'expression pulsionnelle est principalement du registre agressif mobilisant des modalités défensives diverses : elle s'exprime crûment à plusieurs reprises. La problématique sexuelle et la reconnaissance de l'autre sexe posent problème. L'angoisse semble être de morcellement. On note également une composante phobique. Les défenses appartiennent à différents registres. La problématique concerne tant les processus de pensée que l'identité sexuelle. On se trouve ici face à un fonctionnement complexe qui présente diverses facettes ; certains aspects évoqueraient plutôt une problématique phobique (inhibition) ; néanmoins la variété des défenses, la présence de clivage et de référence aux origines, nous renvoient plutôt à un registre psychotique, avec une polarité hystérique et phobique.

5.1.4 Le participant Menoua

Envahissant, courageux, bavard et de corpulence moyenne, Menoua ne fait pas son âge aux vues des commentaires qu'il fait en présence des grandes personnes. Âgé de 09 ans, en classe du CE2 et premier-né d'une fratrie de deux, il souffre d'un TDAH, sous-type hyperactivité/impulsivité prédominante (dossier médical). De père Médecin et de mère enseignante, il avait été amené pour la première fois, dans cette institution, en consultation, par sa mère et sur la demande sa maîtresse, pour difficultés à respecter les règles de la vie en société

avec les autres. Et lui-aussi, se plaignant tout le temps que de fois ses camarades ne veulent pas jouer avec lui.

Il avait alors 08 et faisait déjà le CE1. À première vue, Menoua est un très sociable et envahissant. Il n'a pas besoin de vous connaître avant de vous adresser une parole ou vous faire un commentaire. Il touche à tout, interfère dans des discussions sans la moindre autorisation. En dehors de son caractère trop envahissant et son refus de se conformer aux règles établies comme le dit son éducatrice spécialisée, Menoua est un enfant intelligent qui se débrouille pas mal à l'école, avait affirmé son éducatrice spécialisée.

5.1.4.1. Étude de la clinique de la passation

Menoua est un jeune garçon d'apparence calme qui accepte de se prêter à la passation du Rorschach pour contribuer à notre recherche sur les enfants hyperactifs. La rencontre avec le matériel mobilise d'emblée une organisation défensive rigide. Menoua utilise préférentiellement les données perceptives du matériel, soit pour éviter ou minimiser le surgissement d'éléments de la réalité interne, soit pour en permettre l'expression par des justifications et de rationalisations «objectivantes». Ces procédés qui donnent à la verbalisation une allure assez spécifique, lourde, empruntée, caractérisée par des allers retours, le sur-place, l'absence de position claire, apportent à la production une abondance dans laquelle l'aspect touffu des commentaires cache l'évitement des représentations signifiantes pour le sujet: « Je vois... Je vois, je vois ça ; je ne connais pas le nom. Ça ressemble à l'ours. Ça ressemble aussi à un chien... c'est l'ours polaire » (planche I). Son protocole apparaît très faiblement représentatif des protocoles de garçons intelligents et cultivés de cette tranche d'âge, avec un nombre total de réponses égal à 13. Élève au cours élémentaire deuxième années, la première planche du Rorschach semble réveiller une angoisse importante chez Menoua qui parvient tout de même à donner deux réponses, mais celles-ci sont entrecoupées de moments d'agitation extrême, de silence. Il semble très mal à l'aise à cette planche. La durée moyenne par planche est de deux minutes environ. Les contenus de la grande partie de ses réponses tournent autour des animaux : « Ça ressemble à un ours », Planche I ; « Je vois les éléphants », Planche II etc...

La relation avec le psychologue semble néanmoins bien établie: Menoua associe en sa présence sur un mode qui, loin de l'exclure, lui adresse ses associations. Il va même ponctuellement jusqu'à l'inclure dans ses éprouvés en sollicitant son aide : «... C'est quoi ça ? » (Planche II) ou « ... c'est quoi comme ça ? » (Planche IV). L'étayage apporté par la présence du psychologue à l'enquête se révèle positif: s'il accentue la dimension projective, il lui permet de

développer parfois d'autres modalités défensives, telle la labilité. Si l'épreuve de passation semble centrée sur le sujet (l'excès d'utilisation du pronom personnel "Je" dans l'ensemble du protocole), mobilisant des défenses narcissiques, l'enquête quant à elle met plus l'accent sur des organisations défensives labiles. Cette labilité s'observe ici dans les commentaires qui accompagnent l'enquête : « Ce sont des statuettes. Souvent c'est ma mère qui prépare. Souvent, c'est pas ma mère qui prépare. C'est la ménagère... » (Planche III).

5.1.4.2. Protocole de Rorschach Menoua

Nom et prénom : **Menoua** ;

Age : **09 ans** ;

Sexe : **Masculin**

Pl.	PROTOCOLE	ENQUETE	COTATION
I	12'' <i>Se lève, ramasse le stylo sur la table et s'assied. Contemple la planche.</i> 1. Je vois... je vois, je vois ça ! (<i>Touche la planche</i>) ; je ne connais pas le nom. Ça ressemble à l'ours. Ça ressemble à un chien aussi. le voici ! (<i>touche le milieu de la tache</i>) ; <i>je vois ses mains Ici ! (En touchant la planche). C'est l'ours polaire.</i> 2. Je vois ça. Je ne sais pas comment dire. C'est comme si c'était un... (<i>Pointe avec du doigt un endroit de la planche</i>). Ça ressemble à quelqu'un. <i>C'est fini !</i> 2'52''	Je vois ses créations. Je vois des pieds ; je vois ses cornes. Il n'y a pas. Il y'a deux gens qui sont cachés avec les petits.	G F+ A G F+ H
II	02'' 3. C'est quoi ça ? Je vois les éléphants. (<i>silence</i>) Je vois ça ! (<i>Pointe un endroit du dessin</i>). Je vois leurs pieds, leurs oreilles, les fesses de l'éléphant. J'ai déjà vu au zoo quand on était	<i>L'éléphant, c'est un truc que, on joue trop avec. Ils</i>	G F+ A Ba n

	petit. C'était la première fois que je vois l'éléphant. <i>Je ne vois plus rien. C'est fini !</i> 2'02''	<i>veulent toujours le nourrir.</i>	
III	04'' <i>(S'agite sur la chaise)</i> 4. Je vois les lapins. Voilà ça ! <i>(Touche les deux parties noires latérales de la planche).</i> 1'24''	<i>Ce sont les statuettes. Souvent c'est ma mère qui prépare. Souvent, ce n'est pas ma mère qui prépare. C'est la ménagère. Je vois les têtes. Elles sont en train de porter la marmite. Je vois les genoux des statuettes. Je vois leur cou.</i>	G F- A
IV	07'' Se lève <i>(Silence)</i> 5. Je vois un dessin. C'est quoi comme ça ? <i>(silence, soupire).</i> C'est un animal ; je ne connais pas son nom. Les épaules de mon père quand on masse souvent. 2'47''		G F- A/Hd/Art
V	05'' <i>Bouge sur son siège ; silence pendant longtemps.</i> 6. Je vois les ailes d'un oiseau. 1'25''	<i>(côté entier)</i>	Dd F+ Ad
VI	20'' <i>Hum ! Silence. Se lève et va ramasser un crayon au sol.</i>		

	7. Je vois castor. C'est un animal, j'ai déjà vu ça au zoo de mon père. Voici ça ! 8. Je vois les pattes du tigre. Je n'ai jamais vu le tigre. Mon père nous amène souvent au zoo. 2'01	<i>Je vois ses forces avec son gros ventre. (Pointe la partie médiane supérieure).</i> <i>(Grande saillie latérale)</i>	D F- A D F- Ad
VII	03'' 9. Les animaux. <i>Je ne vois plus rien. C'est fini.</i> <i>Se lève pour s'étirer.</i> 1'49''	<i>Parce qu'ils ont la tête. .</i>	DG F- A
VIII	05'' <i>Pose la tête sur la table.</i> 10. (Silence, contemple la planche) Je vois le bateau, mais il n'y a pas de voile. 11. Je vois les pièges. 2'08''	<i>Parce que j'ai imaginé dans ma tête.</i> <i>Il y a les pièges au village. (partie rose et orange inférieure).</i>	G F- Obj D F- Obj
IX	06'' 12. Les petits cochons avec leur bec. 1'57	<i>Il y a les cochons dans notre maison. (Brun et vert latéraux).</i>	D F- A
X	02'' 13. Je vois beaucoup de feuilles. Mon père a le genre de T-shirt ci ! (Se lève et touche l'habit). Je n'aime pas aller au village. <i>C'est fini !</i> 1'44''		G F- Bot/Obj

Temps de passation : **20mn 49secs**temps de latence : **06secs**Nbre de réponses : **13**

Choix (+) = Pl (IV) et Pl (X) : Pl (IV) : « *Je vois un dessin* ». Pl (X) : « *Je vois beaucoup de feuilles* ». **Choix (-) = Pl (I) et Pl (X) :** Pl (I) : « *...Ça ressemble à l'ours. Ça ressemble à un chien aussi. Le voici !* » ;

5.1.4.3. Psychogramme Menoua

PRODUCTIVITE

R = 13

T = 20'09"

T/R = 2'09"

TL moyen = 6"

TYPE D'APPREHENSION

G  62 %D  31 %Dd  8 %Dbl  0 %

G = 8 D = 4

Dd = 1

Dbl = 0

G% = 62 D% = 31

Dd% = 8

Dbl% = 0

DETERMINANTS FORMELS

F = 13

F+ = 4

F- = 9

F+/- = 0

F% = 100%

F+% = 31%

FACTEURS AFFECTIFS

CF = 0

FC = 0

C = 0

clob = 0

E = 0

K = 0

kob = 0

kan = 0

kp = 0

FE = 0

TRI = 0 K / 0,0 C

Formule complémentaire = 0k / 0,0E RC % = 31%

CONTENUS

H = 1

Hd = 0

H = 0

H% = 8%

A = 7

Ad = 2

(A) = 0

A% = 69%

Obj = 2

Anat = 0

Scène = 0

Sang = 0

Bot = 1

Géo = 0

Arch = 0

Pays = 0

Sexe = 0

Bot/Obj = 1

FACTEURS ADDITIONNELS

IA = 0 BAN = 1 Sym = 0 Choc = 0

Choix + : IV Choix - : I et X

5.1.4.4. Processus de pensée et investissement de l'intelligence

Menoua présente une adaptation du fonctionnement cognitif ($F+ \% = 100$) bien que les processus rationnels purs soient peu utilisés ($F \% = 31$). On note l'absence de mécanisme d'élaboration mentale (0K) et d'une socialisation de la pensée ($Ban = 1$). Sa pensée est peu développée, peu articulée et immature, voire déficitaire (DG). Il ne dispose d'aucune capacité à s'adapter à la réalité extérieure et recourt au processus primaire, à une réalisation immédiate de ses pulsions. Sa pensée est rigide et manque de souplesse ($F+ \%$). Il utilise principalement les mécanismes rationnels intériorisés. Il aborde les situations de façon globale et s'attache très peu aux détails. Le fonctionnement psychique du sujet reste pauvre en ressources, tant sur le plan du rendement intellectuel (R faible, pauvreté de contenus, A% élevé) que sur celui des capacités de mentalisation et de symbolisation (présence de réponses vagues).

5.1.4.5. Facteurs de socialisation ou rapport au réel

Menoua est incapable de tenir compte du principe de réalité et d'établir une adaptation sociale grâce aux facteurs rationnels et une perception commune du monde extérieur. Son contrôle se trouve amoindri par les sollicitations pulsionnelles sexuelles ($F+ \%$, A%, Ban). Il est également incapable d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui (0K). Sollicitée par les éléments d'ordre pulsionnel ou émotionnel, il ne dispose pas toujours d'une adaptation et d'un maintien suffisant du contrôle rationnel. Le H % faible (8%) témoigne d'une préoccupation dans le rapport à l'autre. Le $F+ \%$ effondré signe les failles des capacités adaptatives et d'appréhension du réel chez Menoua. Les processus secondaires sont défaillants et le fonctionnement psychique est envahi par les processus primaires. L'A% élevé traduit un déséquilibre psychologique qui se manifeste au détriment des ressources imaginaires et de la pensée créative, avec une difficulté à investir la relation à autrui sur un mode mature (A% élevé et H% faible) et un déficit d'adaptation de base à l'environnement ($Ban \%$ faible + F-).

5.1.4.6. Dynamique affective

Le TRI coarté (K et C presque égaux et tous deux inférieurs à deux) témoigne d'une inhibition ou d'une restriction des dispositions émotionnelles, avec un fonctionnement exagérément rationnel, par étouffement de la vie affective et personnelle ($F \%$ élevé). L'absence de K indique une difficulté à intérioriser et mentaliser les besoins et les conflits.

5.1.4.7. Les identifications primaires et secondaires

Menoua paraît incapable de s'identifier à un être humain. Le niveau de structuration de l'identité de base ne semble pas acquis de même que l'identité sexuée. On note une certaine fragilité au niveau des assises identitaires. L'image de soi peut à certains moments être mise à mal et dévalorisée. La capacité d'une représentation de soi intègre et entière est absente. Se positionner par rapport à l'autre et se confronter à la relation mobilise des processus défensifs d'inhibition et de retrait chez Menoua.

5.1.4.8. Les planches représentations de relations

Le rouge à ces planches vient solliciter le sujet dans ses modalités de gestion pulsionnelle et génère chez lui une angoisse face à la sexualité. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme régression et de répression (« Je vois les éléphants », Pl. II ; « Je vois les lapins », Pl. III.). Menoua éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'elle se situe dans un contexte sexualisé, de même qu'à s'identifier à une personne unifiée (OK). La persistance de son trouble entrave les mécanismes d'identité, d'identification et de relation à autrui.

5.1.4.9. Synthèse de l'analyse de Ménoua

Menoua fait preuve d'une appréhension de la réalité défaillante. Il ne dispose pas d'une capacité à s'adapter à cause de l'activité régulatrice de la pensée qui fait défaut lorsqu'il est trop sollicité par des éléments d'ordre pulsionnel. L'adaptation sociale apparaît également inadéquate. L'identité de base semble bien construite et structurée mais garde une fragilité au niveau assises identitaires et de l'image du corps. Le sujet semble avoir la capacité d'une représentation de soi intègre et entière. Mais se positionner par rapport à l'autre dans une relation positive devient difficile. L'expression pulsionnelle est principalement du registre agressif. La problématique sexuelle et la reconnaissance de l'autre sexe posent problème. La relation à l'autre ne semble pas être assumée par Menoua. L'angoisse semble être à la fois de castration et de morcellement. On note également une composante phobique. Les défenses appartiennent à différents registres : labile et inhibition. On se trouve ici face à un fonctionnement complexe qui présente diverses facettes. Certains aspects évoqueraient plutôt une problématique hystérique ; néanmoins la variété des défenses nous renvoie plutôt à un registre limite. L'ensemble de ces particularités nous orientent vers un pôle de fonctionnement phobo-hystérique coexistant avec un pôle limite.

5.1.5 Le participant Mfoundi

Mfoundi est un garçon d'allure timide à première vue. Mais une timidité qui voile une hyperactivité et une impulsivité au-delà de la moyenne, qui n'attend plus qu'un élément déclencheur. De grande corpulence moyenne, Mfoundi fait son âge. Âgé de 10 ans, en classe du CM1 et quatrième-né d'une fratrie de cinq, il a un TDAH, sous-type mixte (dossier médical). Son papa, commerçant et sa maman enseignante, résident tous dans la ville de Yaoundé. Il avait été amené en consultation par sa mère pour son manque d'attention, les plaintes incessantes des enseignants et ses performances scolaires faibles. Contrairement aux deux premiers qui viennent du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées, Mfoundi lui, a d'abord été suivi à la Fondation Médicale Index Telema avant d'être admis au CNRPH. Il ne fréquente la Fondation uniquement pour sa rééducation.

5.1.5.1. *Étude de la clinique de la passation*

D'emblée, Mfoundi apparaît comme un enfant qui aime rester près de sa mère. Il ne s'intéresse pas trop à ce qui se passe à côté de lui. Mais toutefois, répond aux questions quand nous les lui posons. À l'école, ses notes ne sont pas bonnes. La passation du Rorschach avec Mfoundi s'est faite de manière très brève, 7 minutes 37 secondes. Elle est caractérisée par une forte agitation et un recours verbal très important. S'il reste très à l'aise le long de cette passation, il est à noter que la première planche a semblé réveiller en lui un choc émotionnel important : « On dirait un monstre que je connais bien. Il a quatre yeux... ». Ses réponses, très rapides, sont parfois entrecoupées d'agitation, de commentaires et d'un certain besoin de contrôle. Mfoundi a une verbalisation plus ou moins cohérente, les mots employés sont exacts. L'agitation de cet enfant s'observe de plusieurs manières : il tourne sur sa chaise ; frappe ses mains sur ses cuisses.

Bien que la productivité soit un peu réduite (17 réponses) et la passation spontanée quelque peu expédiée (moins d'un quart d'heure), le protocole de Rorschach de Mfoundi mobilise plusieurs formes d'organisation défensive. La rigidité défensive apparaît à travers le doute qu'émet Mfoundi de ce qu'il voit : « On dirait... » et aussi la formation réactionnelle qui ressort tout au long du protocole : « On dirait un monstre que je connais bien... » (Planche I). La labilité de ce protocole se laisse bien lire à travers les temps de latence très courts, sauf à la planche I où Mfoundi a fait sensiblement 09 secondes avant de commencer sa verbalisation. On note également que Mfoundi esquisse quelques commentaires à l'enquête qui se veulent objectifs.

5.1.5.2. Protocole de Rorschach de Mfoundi

Nom : **MFOUNDI**

Âge : **10 ans**

Classe : **CM1**

Sexe : **Masculin**

Pl.	PASSATION	ENQUETE	COTATION
I	09'' 1. Puff ! Tourne sur la chaise ; frappe ses mains sur ses cuisses. On dirait un monstre que je connais bien. Il a quatre yeux. Il fait peur (<i>En tournant sur son siège</i>). 2. Ça ressemble à des dents de la fourmi. 3. On dirait aussi deux oiseaux qui transportent ensemble une proie. 01'21''	<i>Le tout.</i> <i>(Petites saillies médianes supérieures)</i> <i>(les deux détails latéraux + partie médiane entière)</i>	Gbl ClobF A D F- Ad Go kan+ A
II	02'' 4. On dirait une tête de buffle avec ses cornes rouges. 5. Le visage de l'écureuil avec deux yeux, il semble méchant. 6. Il y a du sang sur les cuisses, sur le corps et au-dessus de la tête. 0'39''	<i>Parce que les cornes (Détail rouge haut extérieur)</i> <i>(Rouge haut extérieur + Rouge bas)</i>	D/G FC- Ad Gbl F- Ad D C Anat
III	02'' 7. √ Waouh, un scarabée avec des dents de monstre. 8. Un papillon avec ses yeux écartés. <i>C'est tout !</i> 0'31''	<i>Le tout.</i> <i>Il a des dents pointues, et voilà le papillon accroché sur son dos (détail médian rouge)</i>	G FClob+ A D F+ A Ban
IV	03'' 9. C'est bizarre ! On dirait la tête d'un cochon sauvage. 0'36''	<i>(extrémité de la partie supérieure médiane)</i>	D F+ Ad
V	02''		

	10. Une chauve-souris avec des ailes déchirées. <i>0'18''</i>	<i>Je vois souvent ce genre de chauve-souris dans les dessins animés.</i>	G F+ A Ban
VI	07'' 11. On dirait une bête féroce que je ne connais pas. Il a des épines derrière lui. <i>0'42''</i>	<i>À cause de sa tête.</i>	D/G FClob A
VII	02'' 12. On dirait deux lapins qui se regardent. Ils ont la même ressemblance ; ils ont de longues pattes et ils ont de très grosses queues. C'est tout ! <i>0'35''</i>	<i>Ça me fait penser aux lapins. Voilà leur grosse queue ; voilà leurs longues pattes. (Détails 1^{er} et 2^e tiers)</i>	D kan+ A
VIII	03'' 13. On dirait un squelette d'un animal mort. <i>0'32''</i>	<i>Ça me fait penser à la poule.</i>	G F- A
IX	03' 14. (Récupère les autres planches déposées sur la table) Je vois deux dragons qui crachent du feu. 15. La tête d'un insecte. <i>0'21''</i>	<i>(Les deux détails bruns et verts latéraux)</i> <i>Cette partie, c'est la bouche ; l'autre-ci, ce sont ses yeux ; ici, ses narines et là, ses antennes (détails bruns)</i>	D kan- A/Elem D F- Ad
X	05'' 16. (Se lève un peu de son siège, puis retourne la planche <) La tête de la chauve-souris. 17. Un animal avec des longues ailes, les oreilles tendues comme pour le lapin, de mince pied, le hibou. <i>0'42''</i>	<i>(gris brun de côté)</i> <i>(vert médian entier en bas)</i>	D F- Ad D F- A
Temps de passation : 07mn 37secs		Temps moyen de latence : 03''	Nombre de réponses : 17
Choix (+) = Pl (I) et Pl (II)			
Pl (I) : « Parce que ça ressemble à un Pokémon que je connais bien. Il s'appelle Grollent ». Pl (II) : « Parce que j'aime les dragons. Ça a des dents roses. Ça a une marque de diamant et ça une couronne ; ça a des yeux rouges. ».			
Choix (-) = Pl (X)			
Pl (X) : « Parce que c'est un monstre. Il a des yeux colorés ».			

5.1.5.3. Psychogramme de Mfoundi

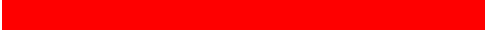
PRODUCTIVITE

R = 17

T = 07mn 37secs

TL moyen = 03''

TYPE D'APPREHENSION

G  47 %

D  53 %

Dd  0 %

Dbl  0 %

G = 8

D = 9

Dd = 0

Dbl = 0

G% = 47

D% = 52

Dd% = 0

Dbl% = 0

DETERMINANTS FORMELS

F = 9

F+ = 3

F- = 6

F+/- = 0

F% = 53%

F+% = 33%

FACTEURS AFFECTIFS

CF = 0

FC = 1

C = 1

FClob = 2

Clob = 0

C'F = 0

FC' = 0

C' = 0

ClobF = 1

EF = 0

K = 0

kob = 0

kan = 2

kp = 0

FE = 0

TRI = 0K/2.0 C

Formule complémentaire = 0k / 0,0E RC % = 29%

CONTENUS

H = 0

Hd = 0

(H) = 0

H% = 0%

A = 10

Ad = 6

(A) = 0

A% = 100%

Obj = 0

Anat = 0

Scène = 0

Sang = 0

Bot = 0

Ele = 1

Arch = 0

Pays = 0

Sexe = 0

Frag = 0

FACTEURS ADDITIONNELS

IA = 0 BAN = 2 Choix + : I et II Choix - : X

5.1.5.4. La dynamique de la passation

La productivité est faible. Les commentaires sont certes présents, mais rares. La passation est rapide avec un traitement du matériel parfois lent, parfois spontané. Les réponses sont données avec des précautions verbales (« On dirait... ça ressemble... ça e fait penser... »). La relation avec le psychologue semble bonne, confiante ; Mfoundi s'appuie constamment sur cette relation pour poser beaucoup de questions.

5.1.5.5. Processus de pensée et investissement de l'intelligence

Le fonctionnement psychique de Mfoundi apparaît pauvre en ressources, tant sur le plan du rendement intellectuel (R faible, rareté de contenus, A% très élevé) que sur celui des capacités de mentalisation et de symbolisation (absence de K). le sujet dispose de très peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels au profit d'une prévalence de la vie pulsionnelle (F% diminué) avec une faille plus ou moins importante dans la prise en compte du réel (F+% diminué). Mfoundi a une pensée peu articulée (G vague) et peu développée et immature (G confabulé DG).

5.1.5.6. Facteurs de socialisation ou rapport au réel

Mfoundi semble incapable de tenir compte du principe de réalité et d'établir une adaptation sociale à cause des facteurs rationnels et une perception commune du monde extérieur. Son contrôle se trouve amoindri par les sollicitations pulsionnelles sexuelles (F+%, A%, Ban). Il est incapable d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui (0K). Sollicité par ses éléments d'ordre pulsionnel ou émotionnel, il ne dispose pas toujours d'une adaptation et d'un maintien suffisant du contrôle rationnel. Le H % très faible témoigne d'une identification primaire non élaborée, avec un déséquilibre psychologique qui se manifeste au détriment des ressources imaginaires et de la pensée créative (A% très élevé).

5.1.5.7. Dynamique affective

Le TRI extratensif pur (0K/2.5C) témoigne d'une certaine réactivité émotionnelle, émotivité que Mfoundi tente de contrôler par des mécanismes rationnels lorsque l'impact affectif n'est pas trop marqué (FC), ce qui n'est pas le cas face à des sollicitations émotionnelles plus fortes (C). Ce sujet est davantage soumis à son vécu émotionnel et affectif, peut être qualifié d'émotionnel et instable et présente davantage d'impulsivité, de 274 suggestibilité et que les autres. L'absence de K indique une difficulté à intérioriser et mentaliser les besoins et

les conflits. On relève également des attitudes régressives et infantiles de par la présence de kan ct d'un A% élevé. La présence de Clob, bien que tempérée par FClob, signe un vécu de menace, d'angoisse ou de peur ; une forte sensibilité de Mfoundi à ce qui éveille des sentiments pénibles et la difficulté à parvenir à y faire face de façon contrôlée.

5.1.5.8. Les identifications primaires et secondaires

L'identité de base semble acquise, avec une bonne différenciation entre le soi et l'autre, entre la tâche et le fond « Waouh, un scarabée avec des dents de monstre » (Pl. III). Mfoundi ne se reconnaît pas comme humain. Il ne reconnaît pas également son appartenance masculine. Le sujet paraît incapable de s'identifier à un être humain ou animal entier et intègre. Le niveau de structuration de l'identité de base ne semble pas acquis de même que l'identité sexuée. On note également une certaine fragilité au niveau des assises identitaires. L'image de soi peut à être mise à mal et dévalorisée.

5.1.5.9. Les représentations de relations

Le rouge à planches vient solliciter le sujet dans ses modalités de gestion pulsionnelle et génère une certaine anxiété qui paraît liée une difficulté à assumer son identité sexuée face à l'autre. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme de régression (« Un scarabée avec les dents de monstre » ; « Un papillon avec ses yeux écartés », Pl. III). Le sujet éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'il se situe dans un contexte sexualisé.

5.1.5.10. La synthèse de l'analyse de Mfoundi

Mfoundi fait preuve d'une appréhension de la réalité quelque peu défaillante. Il ne dispose pas d'une capacité à s'adapter à cause de l'activité régulatrice de la pensée qui fait défaut lorsqu'il est trop sollicité par des éléments d'ordre pulsionnel. L'adaptation sociale apparaît également inadéquate. L'identité de base ne semble pas bien construite et structurée ; elle garde une fragilité au niveau assises identitaires et de l'image du corps. L'expression pulsionnelle est du registre libidinal et agressive mobilisant des lités défensives diverses. La problématique sexuelle et la reconnaissance de l'autre sexe posent problème. La relation à l'autre dans un contexte sexualisé ne semble pas être assumée par Mfoundi. Ses besoins et désirs ne seraient que partiellement gérés et intégrés. L'angoisse semble être à la fois de castration et de morcellement. On note également une composante obsessionnelle et hystérique. Les défenses appartiennent à différents registres : labile et rigide. La problématique concerne

tant l'identité corporelle que l'identité sexuelle. On relève une certaine transparence de l'inconscient. On se trouve ici face à fonctionnement complexe qui présente diverses facettes. L'ensemble de ces particularités nous orientent vers un pôle de fonctionnement psychotique coexistant avec un pôle hystérique et obsessionnel.

De manière générale, les données issues de l'épreuve projective de Rorschach permet de conclure que la productivité de nos cinq participants est réduite par rapport à la valeur normale d'un enfant d'âge similaire ; que les facteurs de mentalisation et de symbolisation sont absents du protocole, de même que les facteurs d'adaptation à la réalité (voir tableau suivant). Reste maintenant à présenter les données relatives aux entretiens avec la Spécialiste.

Tableau 4 : Tableau de synthèse des données du Rorschach

Éléments	Benoué	Diamaré	Kadéi	Menoua	Mfoundi	Valeurs normales
DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES						
Âge	09 ans	10 ans	09 ans	09 ans	10 ans	
Sexe	M	M	M	M	M	
Classe	CE2	CM1	CE2	CE2	CM1	
Fratricie	1er/1	3e/4	1er/1	1er /2	4e/5	
PRODUCTIVITE						
R	13	13	14	13	17	R = 20 – 35
T	07'23''	11'13''	06'57''	20'09''	07'37''	
LOCALISATIONS						
G%	62	31	14	62	47	G = 21 – 30%
D%	31	62	86	30	52	D = 61 – 68%
Dd%	0	8	0	8	0	Dd = 6 – 10%
Dbl%	7	0	0	0	0	Dbl = 3%
DETERMINANTS						
F%	39	92	50	100	53	F% = 60 – 70%
F+%	20	50	75	31	33	F+% = 80 – 95%
K	0	0	0	0	0	K = 2 - 3
kan	0	0	3	0	2	kan = 3 – 5
TRI	0K/4,0C	0K/1,0C	0K/2,0C	0K/0,0C	0K/2,0C	TRI =
RC%	31	31	36	31	29	RC% = 30 – 40%
FC	0	0	0	0	1	FC > CF + C
CF	0	1	1	0	0	
C	1	0	0	0	1	
CONTENUS						
A%	54	85	29	69	100	A% = 35 - 55
H%	15	0	57	8	0	H% = 12 - 15
FACTEURS ADDITIONNELS						
Ban	1	1	1	1	2	Ban = 5 – 6

Au vu des données du tableau précédant, il appert que sur le plan de la productivité, aucun participant ne se trouve dans la valeur normale, à savoir [20-35]. En dehors de Menoua dont la durée de passation est de 20 mn 09 sec, les quatre autres participants ont des durées en deçà d'un quart d'heure. Au niveau de la globalisation, tous les participants se trouvent en deçà (Kadéi) ou au-delà (Benoué, Diamaré, Menoua et Mfoundi) de la valeur normale [21-30]. En dehors de Diamaré (62%) dont le pourcentage de détail se situe dans la valeur normale, Benoué (31%), Menoua (30%) et Mfoundi (52%) sont en deçà de cette valeur et Kadéi (86%) est au-delà. Les seuls pourcentages de détails doubles (Dd) inscrits dans la valeur normale restent Diamaré et Menoua. Au niveau des déterminants, aucun pourcentage de F (F%) des participants n'est dans la valeur normale. Pareil pour les F+%, les Kinesthésies humaines. Le type de résonance intime de tous les participants est extratensif pur.

5.2. DONNÉES ISSUES DES ENTRETIENS AVEC LES INFORMATEURS

Le contenu des entretiens a été transcrit dans leur intégralité. Nous présentons ci-dessous les principaux éléments des données recueillies par les entretiens chez chaque informateur de l'étude. Ces données reviennent sur le mode de fonctionnement des enfants et présentent les thèmes émergents du discours.

5.2.1. Présentation des relevés des contenus de l'informateur Éngué

5.6.2.1. *Présentation de l'informateur Engué*

L'informateur Engué (pseudonyme que nous avons bien voulu lui attribuer), est âgé de 35 ans lors de notre premier passage, est Éducateur Spécialisé de formation. Après l'obtention d'une Licence en Lettres Biingues à l'Université de Yaoundé 1, il opte pour formation en Éducation Spécialisée, sanctionnée d'un BTS, option Education Spéciale et Inclusive. Il enseigne à l'école inclusive de l'école spécialisée. De nationalité camerounaise, il s'occupe des enfants inclus depuis cinq ans déjà. Très disponible pour ses élèves, il n'a pas trouvé d'inconvénients à nous accorder un peu de son temps, car dit-il, c'est toujours un plaisir pour lui de participer à une étude qui pourrait amener à changer de regard vis-à-vis de ces enfants.

5.6.2.2. *Relevé des entretiens avec l'informateur Engué*

Thème 1 : L'excès d'interdits et de normes au sein de l'institution

« Lorsque nous recevons ces enfants, nous fixons des règles à partir desquelles travailler. Comme chaque enfant a son centre d'intérêt, nous utilisons ces centres d'intérêts pour

les amener à mieux se comporter. Par exemple, on peut dire à un enfant TDAH qui aime le jeu mais qui est en train de déranger : « Si tu respectes les règles, si tu ne troubles pas, alors on va te permettre de jouer avec tes camarades... » Ou alors, « si tu ne fais pas ce qu'on te demande, tu seras privé de jeux ». Si c'est le goûter, on va lui dire que si tu ne fais pas ce qu'on te demande, on va te priver de ton goûter. On va donc trouver des astuces avec son centre d'intérêt pour pouvoir l'amener à développer le comportement approprié » (Informateur Engué).

« Lorsque nous recevons ces enfants, nous fixons des règles à partir desquelles travailler. Comme chaque enfant a son centre d'intérêt, nous utilisons ces centres d'intérêts pour les amener à mieux se comporter. Par exemple, on peut dire à un enfant TDAH qui aime le jeu mais qui est en train de déranger : « Si tu respectes les règles, si tu ne troubles pas, alors on va te permettre de jouer avec tes camarades... » Ou alors, « si tu ne fais pas ce qu'on te demande, tu seras privé de jeux ». Si c'est le goûter, on va lui dire que si tu ne fais pas ce qu'on te demande, on va te priver de ton goûter. On va donc trouver des astuces avec son centre d'intérêt pour pouvoir l'amener à développer le comportement approprié » (Informateur Engué).

« Bon l'institution déjà a un règlement intérieur qui régit le fonctionnement et la collaboration entre les différents personnels. Nous savons que la société a quand même mis sur pieds une certaine loi une certaine règle pour permettre le bon fonctionnement des uns et des autres. En fait, la société dit : « on ne doit pas taper sur son collègue, on doit respecter les biens d'autrui ». Ce sont ces mêmes règles qu'on veut aussi faire appliquer à l'enfant TDAH. Donc, ce sont ces règles sociales que tout le monde cherche à respecter. Parce que lorsqu'ils sont colériques, on sait qu'à un certain moment il peut se mettre à violenter les personnes ou s'automutiler » (Informateur Engué).

« Donc lorsque l'enfant ne fait pas, quand la règle n'est pas respectée, là il faut aussi de manière prompte faire appliquer ce qui doit être quand la règle n'est pas respectée. Quand il fait ce qui doit être fait, directement il reçoit son appréciation et quand il fait ce qui ne doit pas être fait, directement il reçoit, je peux dire, sa punition de façon prompte » (Informateur Engué).

« Ce sont des règles générales, car il faut éviter de stigmatiser l'enfant en disant que cette règle est pour toi. Donc ce qu'on fait, c'est qu'on essaie de mettre tous les enfants dans ces règles. Si on dit qu'en classe on ne bagarre pas, c'est pour tous les enfants. Les enfants TDAH ne doivent pas sentir que non lorsque lui il bagarre, on le punit moins que les autres enfants qui ont bagarré. C'est-à-dire s'il y a une tolérance, cette tolérance doit être pour tous les

enfants. Si il doit avoir un renforcement positif ou négatif, cela doit être pour tous les enfants parce que l'enfant TDAH, c'est vrai qu'il a ce trouble » (Informateur Engué).

Thème 2 : La prise en charge essentiellement centrée sur les symptômes

« Je vous ai parlé d'évaluation diagnostic qui est faite. Pour cette évaluation diagnostique, le but c'est de déterminer le centre d'intérêt de l'enfant. Lorsque nous avons le centre d'intérêt de l'enfant, lorsque nous savons ses forces, nous avons identifié ses faiblesses, alors ce que nous faisons c'est qu'on utilise ses forces et ses centres d'intérêt pour pouvoir l'éduquer. On appelle ça le renforcement positif. Maintenant ce qu'on fait, c'est qu'on fixe des règles à partir de ses centres d'intérêt » (Informateur Engué).

« On va donc trouver des astuces avec son centre d'intérêt pour pouvoir l'amener à développer le comportement approprié » (Informateur Engué).

Thème 3 : Le parent n'est pas pris en charge

« Les parents participent tout au long de la chaîne. Même en éducation normale, on ne peut pas éduquer un enfant sans l'aide des parents. L'enfant appartient d'abord à ses parents. L'enseignant est là juste pour compléter l'éducation que le parent lui apporte et selon les directives que la nation a mise sur pieds. C'est-à-dire, il y a une communauté éducative qui a été mise sur pied mais l'enseignant est celui qui va prendre cette communauté éducative pour permettre aux parents de s'adapter dans cette ligne. Donc il est important que le parent participe. A tout moment, lorsque le parent arrive et ne comprend pas de quoi souffre l'enfant, les méthodes que nous appliquons souvent à l'école, le parent aussi a le devoir de les reproduire aussi à la maison, de travailler à la maison. Déjà pour le matériel, c'est le parent qui va payer les frais de consultation, de bilan parce l'école au centre est gratuite. Il n'y a pas de pension à payer. Donc ils payent juste les prestations qu'on va faire au niveau des enfants et là le matériel scolaire, le livre tout ça le parent fournit et ensuite le parent se rend disponible parce que déjà au centre, il y a ce qu'on appelle l'école des parents. Donc aussi on a deux sessions parents où les parents viennent et se font former pour continuer le travail à la maison. Donc pendant les vacances, les parents peuvent continuer à travailler avec les enfants » (Informateur Engué).

« Bon, on a dit quand le parent vient vous confier son enfant. C'est qu'il sait que toi tu as la solution, c'est ça. S'il sait que tu n'as pas de solution ce que lui le parent ne va jamais venir te voir. Il va gérer à la maison. Mais lorsque le parent quitte déjà chez lui et vient déjà

nous rencontrer, il sait que nous avons la solution et il ne fait que nous écouter et ne suit que ce que nous lui disons. Son enfant est à nous » (Informateur Engué).

Thème 4 : Les enfants TDAH ne retrouvent pas leur place au sein du Centre

« Déjà en session inclusive, on a deux enseignants par classe pour permettre de mieux surveiller ces enfants. Comme leur programme éducatif est déjà mis sur pieds, maintenant ce qui est fait, c'est de suivre le curriculum. Même si on sait que les enfants TDAH ont souvent un taux d'attention un peu réduit par rapport aux autres, les questions qui sont posées sont adressées à toute la classe, de telle sorte que les autres enfants ne se sentent pas délaissés. Et donc, les enfants TDAH s'adaptent aux méthodes d'évaluation inclusive » (Informateur Engué).

Je ne dirais pas qu'ils se font accepter. Parce que les enfants valides qui sont avec eux acceptent difficilement les enfants TDAH. Avec eux, ces enfants se sentent toujours rejetés. Même quand les enfants TDAH arrivent peut-être à bien se comporter ou avoir des comportements acceptables, leurs camarades dits normaux vont toujours se plaindre chez l'enseignant. Donc l'inclusion les aide énormément. Et aussi le fait que le personnel aussi les accepte difficilement. Aussi ils ont toujours un langage abusif, un langage violent « quitte là-bas, tu es têtu ; tu es ceci... » L'enfant TDAH se sent un peu frustré. Même au niveau des parents, lorsqu'on est proche de ces enfants, ils nous le disent : « papa ne m'aime pas... que je suis turbulent » (Informateur Engué).

Thème 5 : La désymbolisation chez les enfants TDAH

Sous-thème 1 : sur le plan cognitif

Les capacités de symbolisation des enfants restent défaillantes sur le plan cognitif malgré l'effort des éducteurs. L'informateur Engué note :

Les compétences scolaires rencontrent beaucoup plus de difficultés.

Vous savez, l'enfant a besoin d'écouter ce que l'enseignant dit pour pouvoir répéter et il faut un raisonnement pour pouvoir le faire et lorsque ce schéma est déjà perturbé parce que l'enfant n'arrive pas à écouter, cela a d'énormes conséquences, des impacts négatifs sur ses compétences scolaires (Informateur Engué).

Sous-thème 2 : Sur le plan social

L'informateur note des difficultés de socialisation chez les enfants TDAH lorsqu'il déclare :

Ce sont des enfants qui présentent aussi au niveau de la socialisation, je sais pas, des difficultés pour se socialiser parce que le fait d'être beaucoup actif souvent amène les autres à se sentir un peu gênés, c'est-à-dire comme des troubleurs. Donc comme s'ils dérangent leurs camarades donc ils ont ce problème de socialisation ... » (Informateur Engué).

Donc il a une petite durée par rapport aux autres enfants. Ils se laissent facilement distraire par toute chose autour d'eux. Ils sont difficiles à éduquer. Ils ont des difficultés pour se socialiser parce que le fait d'être beaucoup actif amène les autres à se sentir gênés. Ils sont troubleurs. Ils dérangent leurs 288 camarades et donc ils ont ce problème de socialisation. Certains sont mêmes violents avec les camarades (Informateur Engué).

Sous-thème 3 : Sur le plan affectif

Sur le plan affectif, l'informateur Engué parle de l'absence de symbolisation en ces termes : « Parce que lorsqu'ils sont colériques, on sait qu'à un certain moment il peut se mettre à violenter les personnes ou s'automutiler » (Informateur Engué).

5.6.2.3. Relevé des entretiens avec l'informatrice Ninab

L'Informatrice Ninab (pseudonyme que nous avons bien voulu lui attribuer), âgée de 42 ans lors de notre passage, est enseignante et éducatrice spécialisée de formation. Elle enseigne à l'école inclusive, cumulativement avec d'autres responsabilités au sein de l'école spécialisée. De nationalité camerounaise, elle s'occupe des enfants inclus depuis huit ans. Très gentille et

accueillante, elle n'a pas tardé de donner son accord et de se rendre disponible tout au long de la période de collecte des données.

Thème 1 : L'excès d'interdits et de normes au sein de l'institution

« Je dis bien tous ! Tout le monde respecte le règlement intérieur, tout le monde respecte la discipline du centre. À leur niveau, c'est d'ailleurs plus sérieux, car ils sont vraiment difficiles » (Informatrice Ninab).

« Par exemple, ils ne doivent pas se balader dans l'enceinte de l'établissement n'importe comment, de peur de causer des dégâts. Nous ne pouvons pas les laisser jouer avec d'autres enfants, tout simplement parce qu'étant là, ils vont faire des problèmes. Ce sont des enfants qu'il faut toujours surveiller. Avec eux, il y a beaucoup de restriction. Si nous pouvons laisser un enfant non TDAH à jouer dans la cour, aller visiter certaines salles dans l'enceinte de l'établissement, faire du ménage, ce ne sera pas le cas avec l'enfant TDAH. Ce sont des enfants comme je l'ai dit, difficiles » (Informatrice Ninab).

« [...] Vous savez, la façon dont ces enfants sont traités dans leur famille respective, diffère de la nôtre. Dans certaines familles, les enfants font ce qu'ils veulent, parlent n'importe comment, jouent comme ils veulent, et ce sous le regard impuissant des parents : ils arrachent tout sur leur passage, tapent sur leurs camarades. Les enfants qui courent partout, sautent sur les meubles. Bref, qui entêtent vraiment. Mais dès qu'ils arrivent ici, les choses changent tout d'un coup. Nous ne gérons plus leurs humeurs. Nous ne les traitons plus comme le font les parents, mais plutôt selon les attentes du centre ».

Thème 2 : La prise en charge est essentiellement centrée sur les symptômes

« En ergothérapie, ils font des travaux de concentration, des travaux qui amènent les enfants à ne pas trop s'évader tout le temps ; ça les ramène petit à petit à travailler ; qu'ils soient concentrés sur un travail ; ça limite un peu les temps d'évasion. Tous les facteurs ne s'équivalent pas mais on doit mettre l'accent à tous les niveaux (Informatrice Ninab).

« Bon là, au niveau de l'accompagnement, nous voyons déjà la relation avec la famille que nous essayons de travailler là-dessus. Nous avons aussi les tâches de l'école et on les oriente beaucoup plus au niveau de l'ergothérapeute » (Informatrice Ninab).

« On ne doit rien négliger. Là aussi, ça dépendra du degré parce qu'il en a qui sont plus en retard et d'autres pas. Et au niveau de l'évaluation, on regarde à quel niveau on peut se centrer le plus ; à quel niveau on peut mettre plus d'accents » (Informatrice Ninab).

« Nous intervenons au niveau de la psychomotricité et développons des habiletés, ce que les anglophones appellent "soft skills". Nous recherchons, à travers nos activités, les habiletés que l'enfant peut développer en lui. Mais la plupart c'est juste pour éviter qu'il ne soit plus trop hyperactif. Et quand on fait ça, on travaille la psychomotricité et le cognitif à la fois » (Informatrice Ninab).

« J'ai parlé d'ergothérapeute, du psychomotricien, le neuropédiatre et l'enseignant. Nous travaillons avec les enseignants. Il y a certes cette pluridisciplinarité. Dans l'accompagnement du psychologue, il peut aider l'enseignant à faire des programmes d'accompagnement individualisés pour l'enfant par rapport à ses problématiques » (Informatrice Ninab).

Thème 3 : Le parent n'est pas pris en charge

« Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, les parents interviennent beaucoup plus au niveau du diagnostic, parce que nous avons besoin d'un certain nombre d'informations pour pouvoir décider du cas. Ils viennent aussi pour accompagner les enfants, pour gérer les formalités d'ordre académique et financières... » (Informatrice Ninab).

« Bon, le parent intervient au niveau de la relation. Là aussi, ça dépend du résultat de l'évaluation. Le parent peut intervenir dès le départ tout comme il peut intervenir en cours d'accompagnement ou alors vers la fin de l'accompagnement. Ça dépend » (Informatrice Ninab).

« Le parent également reçoit des consignes. Il intervient dans l'accompagnement. Parfois lui-même peut être accompagné. Le parent peut être accompagné pour lui permettre d'accompagner l'enfant dans sa prise en charge pour qu'il ne se pose pas des problèmes au niveau de la famille » (Informatrice Ninab).

Thème 4 : Les enfants ne retrouvent pas leur place au sein de l'institution

« Ce sont des enfants qu'il faut toujours surveiller. Avec eux, il y a beaucoup de restriction. Si nous pouvons laisser un enfant non TDAH à jouer dans la cour, aller visiter certaines salles dans l'enceinte de l'établissement, faire du ménage, ce ne sera

pas le cas avec l'enfant TDAH. Ce sont des enfants comme je l'ai dit, difficiles » (Informatrice Ninab).

Thème 5 : capacité de désymbolisation

Sous-thème 1 : Sur le plan cognitif

« Au niveau scolaire, c'est cet enfant qui va aller très lentement. On ne va pas attendre de lui qu'il aille comme les autres enfants ; il va aller tout doucement. Il va juste falloir qu'on le comprenne et qu'on avance ainsi avec lui » (Informatrice Ninab).

Sous-thème 2 : Sur le plan social

« Sur le plan social, je vais toujours parler de ce comportement évasif, il ne participe pas de la bonne manière et là aussi ça dépend de son entourage. Si l'entourage n'est pas édifié sur son problème, il va de temps en temps le frustrer, le renvoyer parce qu'il ne comprend pas et sur le plan social ça va prendre un coup. Les consignes par exemple, il ne les respecte pas. Il fait ce qu'il veut quand il veut, et parfois la famille quand elle ne comprend pas, se met à l'isoler ou à dire certaines choses. Lui il ne veut rien faire, fait des choses à son temps » (Informatrice Ninab).

« Vous êtes en train de parler d'un sujet ou d'un mot qu'il a lui-même prononcé et tout d'un coup vous l'entendez dire : « bèh, oui même à la maison il s'est passé ci avec maman, il y'avait mon petit frère aussi qui était là et puis l'autrefois j'ai joué avec lui au magasin et bèh, ce magasin, il se trouve tout juste à côté du zoo, le zoo... » Et donc, on est perdu, il n'y'a plus de fil. Ça va dans tous les sens » (Informatrice Ninab).

« [...] cet enfant est un peu placé comme sur un train ; il bouge tout le temps ; c'est un enfant qui va se lever, il se lève, il va toucher un élément, et puis, après cet élément, il voit le tableau, il va écrire quelque chose... Il ne va pas s'asseoir deux minutes, il va déjà se lever, pendant qu'il se lève, il te parle, il te touche, il vous touche le crayon, il arrête le crayon, il prend un livre et puis il est attiré par le squelette qui est au fond de la classe, il va vers le squelette au fond de la classe, il revient. Si tu lui demandes de s'asseoir, il va s'asseoir puis très vite, il va se lever » (Informatrice Ninab).

...Ils font des crises, nous crient dessus, tapent sur les bancs, cassent parfois leurs objets. Parfois, ils peuvent aller jusqu'à nous agresser physiquement.

Sous-thème 3 : Sur le plan affectif

« Justement l'enfant TDAH est colérique » (Informatrice Ninab).

Il y a aussi le refus de travailler : ils boycottent les activités, refusent de faire les exercices qu'on leur donne, ne veulent rien faire. Ce qui se traduit d'ailleurs par leurs mauvaises performances scolaires. Parfois, ils font des problèmes avec leurs camarades, bagarrent.

CHAPITRE 6 : ANALYSE DES DONNEES DE L'ETUDE

L'analyse des données se fera autour des thèmes principaux issus de la codification des données collectées. Il s'agit de : l'excès d'interdits et de normes au sein de l'institution, la prise en charge essentiellement centrée sur les symptômes, le parent n'est pas pris en charge, les enfants ne retrouvent pas leur place au sein de l'institution, les processus identificatoires et les représentations de relations. Ce sont ces thèmes qui seront analysés dans la suite de ce travail. Nous débuterons par l'analyse des données issues des entretiens, puis celles issues du test de Rorschach.

6.1 L'ANALYSE DES DONNÉES DE L'ENTRETIEN

6.1.1 L'excès d'interdits et de normes au sein de l'institution

L'idée principale de ce thème est que les centres de prise en charge des enfants TDAH sont caractérisés par un excès d'interdits. Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées est une institution qui fonctionne sous l'égide d'un certain nombre de règles et de normes qui orientent régulent le comportement des usagers. L'enfant TDAH est un enfant à besoins spécifiques. Il n'arrive pas à contrôler son comportement, du fait de la défaillance de ses fonctions exécutives. Or, nous savons tous le rôle très important que ces fonctions jouent dans la régulation du comportement mais aussi dans le contrôle émotionnel et donc dans les interactions sociales. Quand l'informateur Engué affirme :

Ce sont ces mêmes règles qu'on veut aussi faire appliquer à l'enfant TDAH. Donc, ce sont ces règles sociales que tout le monde cherche à respecter. Parce que lorsqu'ils sont colériques, on sait qu'à un certain moment il peut se mettre à violenter les personnes ou s'automutiller.

Leur soumettre aux mêmes règles que les autres enfants constituent une sorte de violence à leur endroit. Pour pouvoir intégrer les normes et répondre aux attentes d'une structure, nous avons besoin de nos fonctions exécutives. Cette violence s'exprime également à travers le déni des particularités de l'enfant TDAH. À ce sujet, Engué ajoute :

Donc lorsque l'enfant ne fait pas, quand la règle n'est pas respectée, là il faut aussi de manière prompte faire appliquer ce qui doit être quand

la règle n'est pas respectée... je peux dire, sa punition de façon prompte.

Ce n'est pas le fait de punir qui fait problème, mais l'individu puni. La punition a d'abord une fonction éducative. L'individu puni doit être en mesure d'associer l'acte posé et la récompense reçue. Mais dans le cas du TDAH, il se peut que la mémoire de travail soit défaillante. Ce qui fait que l'enfant TDAH ne percevra pas la punition de la même manière qu'un enfant ordinaire, mais trouvera plutôt que son entourage ne l'aime pas. La prise en compte de son mode de fonctionnement atypique réduirait cet excès d'interdits dont il fait face au quotidien. Le discours des informateurs renforcent cette tendance lorsque Engué déclare :

Les enfants TDAH ne doivent pas croire que lorsqu'ils bagarrent, on doit les punir moins que les autres enfants. C'est-à-dire s'il y a une tolérance, cette tolérance doit être pour tous les enfants. Si il doit avoir un renforcement positif ou négatif, cela doit être pour tous les enfants parce que l'enfant TDAH, c'est vrai qu'il a ce trouble.

Toujours dans le même sens que son collègue, Ninab précise : « Je dis bien tous ! Tout le monde respecte le règlement intérieur, tout le monde respecte la discipline du centre. À leur niveau, c'est d'ailleurs plus sérieux, car ils sont vraiment difficiles ». Ces enfants sont également victimes des restrictions au niveau des jeux. À ce sujet la même informatrice ajoute :

Par exemple, ils ne doivent pas se balader dans l'enceinte de l'établissement n'importe comment, de peur de causer des dégâts. Nous ne pouvons pas les laisser jouer avec d'autres enfants, tout simplement parce qu'étant là, ils vont faire des problèmes. Ce sont des enfants qu'il faut toujours surveiller. Avec eux, il y a beaucoup de restriction. Si nous pouvons laisser un enfant non TDAH jouer dans la cour, aller visiter certaines salles dans l'enceinte de l'établissement, faire du ménage, ce ne sera pas le cas avec l'enfant TDAH. Ce sont des enfants comme je l'ai dit, difficiles.

L'idée principale de ce thème étant que le centre de prise en charge des enfants TDAH est caractérisé par un excès d'interdits qui rendent son fonctionnement scopique et topique. Ces extraits du discours des informateurs reflètent réellement les indices associés à ce thème à savoir : la présence de normes, valeurs et règles.

6.1.2 La prise en charge est centrée sur les symptômes

L'idée principale de ce thème est que la prise en charge des enfants TDAH telle que menée ne tient pas compte des facteurs de risque à l'origine de l'externalisation du trouble. Le TDAH est comme un iceberg dont le sommet émergé et visible renvoie aux symptômes qu'on observe et la partie immergée et invisible aux raisons pour lesquelles l'enfant se comporte de cette façon. Un facteur de risque est tout élément susceptible d'augmenter le risque du TDAH. L'on s'attendrait à ce que la prise en charge soit orientée vers ces facteurs de risque. Malheureusement, c'est plutôt au niveau des centres d'intérêts que l'accent est mis, comme l'affirme l'informateur Engué :

Je vous ai parlé d'évaluation diagnostic qui est faite. Pour cette évaluation diagnostique, le but c'est de déterminer le centre d'intérêt de l'enfant. Lorsque nous avons son centre d'intérêt, lorsque nous savons ses forces, nous avons identifié ses faiblesses, alors ce que nous faisons c'est qu'on utilise ses forces et ses centres d'intérêt pour pouvoir l'éduquer. On appelle ça le renforcement positif. Maintenant ce qu'on fait, c'est qu'on fixe des règles à partir de ses centres d'intérêt.

Avec cet informateur, l'on comprend bien que la finalité de la prise en charge des enfants est leur adaptation scolaire. Or, cette adaptation est une conséquence logique d'une prise en charge réussie. Lorsque le même informateur ajoute : « On va donc trouver des astuces avec son centre d'intérêt pour pouvoir l'amener à développer le comportement approprié », il fait allusion ici au comportement scolaire, à l'obtention de bonnes notes de classe. Comme si l'amélioration des performances scolaires était un indicateur d'une prise en charge réussie.

Même au niveau de l'accompagnement fait par les spécialistes, l'on note également cette tendance à prioriser les symptômes lorsqu'elle déclare : « Au niveau de l'accompagnement,

nous... avons aussi les tâches de l'école et on les oriente beaucoup plus au niveau de l'ergothérapeute.». Elle poursuit en ajoutant :

En ergothérapie, ils font des travaux de concentration, des travaux qui amènent les enfants à ne pas trop s'évader tout le temps ; ça les ramène petit à petit à travailler ; qu'ils soient concentrés sur un travail ; ça limite un peu les temps d'évasion.

C'est également de la psychomotricité dont la finalité est de réduire l'hyperactivité de l'enfant. Évoquant cette autre modalité de prise en charge utilisée au Centre, l'informatrice Ninab affirme à nouveau :

Nous intervenons au niveau de la psychomotricité et développons des habiletés, ce que les anglophones appellent "soft skills". Nous recherchons, à travers nos activités, les habiletés que l'enfant peut développer en lui. Mais la plupart c'est juste pour éviter qu'il ne soit plus trop hyperactif. Et quand on fait ça, on travaille la psychomotricité et le cognitif à la fois.

L'idée principale de ce thème était que les spécialistes en charge des enfants TDAH (éducateur spécialisé, psychologue, ergothérapeute...) ne prennent pas en compte les particularités liées à ce trouble. Les extraits de discours relevés reflètent vraiment cette réalité. En effet, l'origine du TDAH en particulier est multifactorielle. Le premier facteur de risque est le tempérament de l'enfant, ce sont les bases biologiques de la personnalité. Ensuite, il y a les facteurs cognitifs, en particulier les fonctions exécutives et le traitement de l'information sociale. La réussite de la prise en charge repose sur ces éléments fondamentaux.

6.1.3 Le parent n'est pas pris en charge

Le TDAH a un impact considérable sur la famille et son fonctionnement. Plus d'un tiers du stress parental semble s'expliquer par l'hyperactivité de l'enfant. Le fait que les difficultés des enfants représentent pour eux en tant que parents, remet en question leur rôle, leurs pratiques éducatives avec la peur stressante de basculer dans un fonctionnement éducatif inadéquat. De

ce point de vue, les parents devraient être pris en charge au même titre que les enfants TDAH. Si l'informateur Engué reconnaît la participation des parents tout au long de la chaîne, cette participation est réduite au rôle d'informateur. C'est ce qu'on peut lire dans ces propos :

Les parents participent tout au long de la chaîne. Même en éducation normale, on ne peut pas éduquer un enfant sans l'aide des parents. L'enfant appartient d'abord à ses parents. L'enseignant est là juste pour compléter l'éducation que le parent lui apporte et selon les directives que la nation a mise sur pieds. C'est-à-dire, il y a une communauté éducative qui a été mise sur pied mais l'enseignant est celui qui va prendre cette communauté éducative pour permettre aux parents de s'adapter dans cette ligne.

Le TDAH est associé à l'épuisement parental. Avoir un enfant TDAH peut être source de burnout parental. Ce stress que présente le parent d'un enfant TDAH induit souvent une surestimation du trouble de l'enfant, ce qui l'amène à être davantage stressé et à ressentir plus de sentiments négatifs dans sa parentalité. Le risque d'isolement social des parents est bien réel. Donc, il est important que le parent soit pris en charge afin de lui donner l'énergie nécessaire pour pouvoir aider son enfant et continuer à l'accompagner au centre. Mais selon les propos de l'informateur Engué, l'on comprend plutôt ceci :

Donc il est important que le parent participe. À tout moment, lorsque le parent arrive et ne comprend pas de quoi souffre l'enfant, les méthodes que nous appliquons souvent à l'école, le parent aussi a le devoir de les reproduire aussi à la maison, de travailler à la maison. Déjà pour le matériel, c'est le parent qui va payer les frais de consultation, de bilan parce l'école au centre est gratuite. Il n'y a pas de pension à payer.

La participation des parents se réduit aux prestations. Le parent vient le plus de temps pour régler les factures et fournir le matériel scolaire à l'instar des livres. D'autres viennent également se faire former pour faciliter l'accompagnement éducatif de leur enfant comme le

précise l'informatrice Ninab : « Le parent également reçoit des consignes. Il intervient dans l'accompagnement. Le parent peut être accompagné pour lui permettre d'accompagner l'enfant dans sa prise en charge pour qu'il ne se pose pas des problèmes au niveau de la famille ». Certains parents finissent par douter de leur compétence. Cet aspect psychologique du parent qui se remet en question, qui doute de lui et qui doute de sa parentalité doit être au centre de la prise en charge. Nous savons qu'une diminution de la fréquence et de l'intensité des comportements externalisés ne peut se faire sans un certain engagement de la part des parents. Cela évite d'instrumentaliser les parents pour le seul bien-être de leur enfant, pourtant, nous savons tous que les enfants difficiles demandent un peu trop ; ils sont aussi souvent de sources de conflits dans le couple parental et dans la fratrie. Ne pas prendre soins du parent constitue un manquement au niveau de la prise en charge. Cette baisse de la compétence parentale s'observe lorsque l'informatuer Engué déclare :

Quand le parent vient vous confié son enfant, c'est qu'il sait que nous avons la solution. S'il sait que tu n'as pas de solution, il ne viendra jamais te voir. Il va gérer son enfant à la maison. Mais lorsque le parent quitte déjà le chez lui et vient déjà nous rencontrer, il sait que nous avons la solution et il ne fait que nous écouter et suivre ce que nous lui disons. Son enfant est à nous.

Le parent apparaît ainsi instrumentalisé au seul bénéfice de l'enfant, pourtant, lui également a besoin d'être accompagné. Les seules fois qu'ils sont arrivés au centre, soit c'est pour accompagner à l'école, soit c'est pour fournir les informations au diagnostic comme le signale l'informatrice Ninab en ces termes :

Bon, le parent intervient au niveau de la relation. Là aussi, ça dépend du résultat de l'évaluation. Le parent peut intervenir dès le départ tout comme il peut intervenir en cours d'accompagnement ou alors vers la fin de l'accompagnement. Ça dépend.

Le parent d'enfant TDAH a droit à une guidance qui lui permettra de modifier le mode d'éducation ou d'enseignement, ou encore à adapter ce mode à son enfant. Cette guidance doit

aussi l'aider à démystifier, à éliminer les préjugés liés au trouble et même à atténuer la culpabilité inhérente à la naissance d'un enfant TDAH et à l'amener à mieux s'implication dans la prise en charge de son enfant et reconnaître les qualités de ce dernier. Il ne doit pas être réduit au seul rôle d'accompagnateur à qui on donne des consignes comme l'affirme l'informatrice Ninab :

Le parent également reçoit des consignes. Il intervient dans l'accompagnement. Parfois lui-même peut être accompagné. Le parent peut être accompagné pour lui permettre d'accompagner l'enfant dans sa prise en charge pour qu'il ne se pose pas des problèmes au niveau de la famille.

L'idée principale de ce thème était que les spécialistes en charge des enfants TDAH ne prenaient soins que de l'enfant, le parent étant réduit au simple rôle d'informateur. Les extraits des discours des deux informateurs reflètent cette réalité. En effet, lorsqu'un enfant TDAH consulte pour ses comportements externalisés, il est évident que la prise en charge implique d'accompagner l'enfant, mais aussi ses parents. L'enfant TDAH doit sentir que le parent est là, parce qu'il a besoin des limites, sinon ça va aller dans tous les sens. Le travail avec les parents est très important. Les parents d'enfant TDAH ont tendance à s'isoler, du fait de l'externalisation du comportement de leur enfant. Il leur arrive de penser qu'ils sont à l'origine de ce qui arrive à leur progéniture en remettant en cause leur style parental ou leurs pratiques éducatives. Parfois ils pensent qu'ils n'ont pas les outils nécessaires pour leur assurer une bonne éducation. Prendre en charge le parent permet de lui donner les ressources nécessaires pour davantage s'occuper de son enfant.

6.1.4 La désymbolisation chez l'enfant TDAH

L'idée principale de ce thème est que les enfants TDAH désymbolisent. Ils n'arrivent pas à s'adapter dans leurs différents centres de prise en charge. Ils sont présents où on ne les attend pas et absents où ils sont attendus. Pour ce qui est de la désymbolisation au niveau cognitif, les extraits pertinents des discours de l'informateur Engue mettent en exergue la baisse des performances scolaire de ces enfants en ces termes :

Cette hyperactivité a des conséquences sur leur performance scolaire. Les compétences scolaires rencontrent beaucoup plus de difficultés. Vous savez, l'enfant a besoin d'écouter ce que l'enseignant dit pour pouvoir répéter et il faut un raisonnement pour pouvoir le faire et lorsque ce schéma est déjà perturbé parce que l'enfant n'arrive pas à écouter, cela a d'énormes conséquences, des impacts négatifs sur ses compétences scolaires.

L'informateur Engué relève ainsi les répercussions de ce trouble sur le plan cognitif en mettant en exergue les difficultés de scolarisation comme une conséquence de ce trouble. L'enfant TDAH a des problèmes d'attention et de mémoire. Or, ces fonctions exécutives sont un préalable à l'adaptation scolaire. Mais ces fonctions à elles seules ne peuvent expliquer cette désymbolisation au niveau cognitif, il faut rechercher les autres facteurs de risque associés, plutôt que de chercher à avancer avec l'enfant comme le suggère l'informatrice Ninab lorsqu'elle affirme :

Au niveau scolaire, c'est cet enfant qui va aller très lentement. On ne va pas attendre de lui qu'il aille comme les autres enfants ; il va aller tout doucement. Il va juste falloir qu'on le comprenne et qu'on avance ainsi avec lui.

L'enfant TDAH présente des difficultés relationnelles avec leurs pairs et leur entourage. La relation à l'autre est mise à mal. C'est ce qui ressort du discours de l'informateur Engué lorsqu'il affirme :

Ce sont des enfants qui présentent aussi au niveau de la socialisation, je sais pas, des difficultés pour se socialiser parce que le fait d'être beaucoup actif souvent amène les autres à se sentir un peu gênés, c'est-à-dire comme des troubleurs. Donc comme s'ils dérangent leurs camarades donc ils ont ce problème de socialisation.

Cet informateur met également en exergue les problèmes d'attention de cet enfant. L'enfant TDAH a de la difficulté à maintenir son attention ou sa concentration sur ce qu'il fait. Il a souvent essayé de ne pas faire les choses qui nécessitent une attention durable. Il présente de difficulté à garder son attention sur ce qu'il fait quand quelque chose d'autre se passe en même temps. L'informateur Engué va dans le même sens lorsqu'il affirme :

Donc il a une petite durée par rapport aux autres enfants. Ils se laissent facilement distraire par toute chose autour d'eux. Ils sont difficiles à éduquer. Ils ont des difficultés pour se socialiser parce que le fait d'être beaucoup actif amène les autres à se sentir gênés. Ils sont troubleurs. Ils dérangent leurs 288 camarades et donc ils ont ce problème de socialisation. Certains sont mêmes violents avec les camarades.

L'enfant TDAH est hyperactif ; il n'arrête pas de bouger; il bouge beaucoup ses mains ou ses pieds, gigote sur sa chaise ; il est souvent parti de sa chaise où de là où il devait s'asseoir quand il n'était pas supposé se déplacer ; il est souvent en train de courir ou grimper sur quelque chose quand il n'était pas supposé le faire ; il a de difficulté à rester en place plus de dix minutes. L'informatrice Ninab évoque l'hyperactivité de cet enfant en ces termes :

[...] cet enfant est un peu placé comme sur un train ; il bouge tout le temps ; c'est un enfant qui va se lever, il se lève, il va toucher un élément, et puis, après cet élément, il voit le tableau, il va écrire quelque chose... Il ne va pas s'asseoir deux minutes, il va déjà se lever, pendant qu'il se lève, il te parle, il te touche, il vous touche le crayon, il arrête le crayon, il prend un livre et puis il est attiré par le squelette qui est au fond de la classe, il va vers le squelette au fond de la classe, il revient. Si tu lui demandes de s'asseoir, il va s'asseoir puis très vite, il va se lever.

Au niveau affectif, l'enfant TDAH est instable émotionnellement. Il a des sauts d'humeur. Il ne prend pas le temps de réfléchir avant d'agir. Cette impulsivité traduit une intolérance à la frustration ; ce sont des enfants qui ont beaucoup de difficultés à apprendre de

leur erreur et ayant une faible censure sociale. « Parce que lorsqu'ils sont colériques, on sait qu'à un certain moment il peut se mettre à violenter les personnes ou s'automutiler » (Informateur Engué). L'informatrice Ninab va dans le même sens en ajoutant : « Justement l'enfant TDAH est colérique ». L'enfant TDAH est champion de l'opposition active. Il maîtrise parfaitement l'usage du « non » qu'il utilise et abuse. Il arrive même qu'il réponde « non » alors qu'on ne lui adresse aucune demande. C'est ce qu'on peut lire dans ces propos de l'informatrice Ninab :

Il y a aussi le refus de travailler : ils boycottent les activités, refusent de faire les exercices qu'on leur donne, ne veulent rien faire. Ce qui se traduit d'ailleurs par leurs mauvaises performances scolaires. Parfois, ils font des problèmes avec leurs camarades, bagarrent. » (Informatrice Ninab).

Les extraits des discours des informateurs reflètent la désymbolisation chez les enfants TDAH. Ils sont présents où on ne les attend pas et absents où ils sont attendus. Ces enfants sont incapables de s'inscrire, de trouver une place où se poser. Ils bougent ou parlent quand ils ne sont pas supposés le faire. Ils ont de la difficulté pour attendre leur tour, coupent la parole, interrompent les activités des autres et se mêlent des affaires qui ne sont pas les leurs.

Au terme de cette analyse, l'étude des verbatim se rapportant aux thèmes a permis de comprendre que le processus de symbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées est mis à mal.

6.2 L'ANALYSE DES DONNÉES DU TEST DE RORSCHACH

Comme le précise Baliaba (2014), l'analyse des données recueillies au Rorschach exige qu'on en fasse une lecture approfondie pour s'imprégner des protocoles et des psychogrammes des sujets, ainsi que des éléments qui leur sont rattachés. La posture clinique exige que la connaissance seule de ces éléments ne constitue pas en soi une garantie dans la compréhension du sujet. Dans la réalité, la situation Rorschach établie une relation dissymétrique dans laquelle l'un et l'autre sont interpellés chacun dans son histoire, avec ses capacités, ses faiblesses et surtout ses attentes. C'est dans cet esprit que se fera l'analyse des données issues du Test de Rorschach.

6.2.1. Les processus identificatoires

L'idée principale de ce thème est que les enfants TDAH présentent des difficultés au niveau des identifications. Chez Benoué l'identité de base reste bien structurée (entière et intègre) malgré son caractère plus régressif et immature (présence de Ban à la planche V). Benoué ne parvient pas à se reconnaître comme appartenant à la race humaine (réponse animale et mythique aux planches III et V). La sensibilité de Benoué aux caractéristiques phalliques (« Un géant », IV ; « Je vois un marteau qui enfonce un clou... ça ressemble à l'intérieur de la gorge d'un animal »), renseignerait suffisamment sur les capacités identificatoires secondaires du sujet. Cependant, l'incapacité de Benoué à préciser le genre de personnages perçus dans la tâche (« Un ange gardien avec des pattes de canard», Pl. III) vient remettre en cause cette capacité de reconnaissance de l'appartenance masculine. D'autre part, l'absence d'indices renvoyant à la féminité aux planches II, VII, IX traduit un malaise face au féminin maternel, chez Benoué.

Le niveau de structuration de l'identité de base chez Diamaré semble intégrée (« Un oiseau avec ses ailes ici », Pl. V), malgré son caractère régressif (réponse animale). La capacité d'une représentation de soi intègre et entière est présente mais les processus identificatoires à l'être humain ne sont pas élaborés (III) : Diamaré ne se reconnaît pas comme appartenant à l'espèce humaine. Se positionner par rapport à l'autre et se confronter à la relation mobilise des processus de régression : Diamaré voit les « cannetons » à la place des humains. La présence de réponses de même type dans tout le protocole, réponses le plus souvent peu identifiables quant à l'appartenance sexuelle, est ici signe d'une non accession à la problématique œdipienne (« un oiseau » (I) ; « les cannetons » (III) ; « le loup » (IV) ; « les poussins » (VII) ; « le serpent » (X)). Diamaré n'a pas accédé à l'identité sexuée.

Si Kadéi ne semble pas avoir une bonne identité de base (absence de réponse globale à la planche I), ses capacités d'identification primaire sont plus élaborées ; il se reconnaît comme appartenant à l'espèce humaine (H% élevé). La sensibilité de Kadéi aux caractéristiques phalliques (IV, VI) du contenu manifeste signifierait l'accès à l'identification secondaire ou différence de sexe et de génération. Cependant, son incapacité à préciser le genre de personnages perçus dans les tâches « Je vois une personne » (Pl. IX) vient remettre en cause cet accès.

Menoua paraît incapable de s'identifier à un être humain. Le niveau de structuration de l'identité de base ne semble pas acquis de même que l'identité sexuée. On note une certaine

fragilité au niveau des assises identitaires. L'image de soi peut à certains moments être mise à mal et dévalorisée. La capacité d'une représentation de soi intègre et entière est absente. Se positionner par rapport à l'autre et se confronter à la relation mobilise des processus défensifs d'inhibition et de retrait chez Menoua.

L'identité de base semble acquise, avec une bonne différenciation entre le soi et l'autre, entre la tâche et le fond « Waouh, un scarabée avec des dents de monstre » (Pl. III). Mfoundi ne se reconnaît pas comme humain. Il ne reconnaît pas également son appartenance masculine. Le sujet paraît incapable de s'identifier à un être humain ou animal entier et intègre. Le niveau de structuration de l'identité de base ne semble pas acquis de même que l'identité sexuée. On note également une certaine fragilité au niveau des assises identitaires. L'image de soi peut à être mise à mal et dévalorisée.

6.2.2. Les représentations de relations

Pour le thème « représentations de relations », dans les protocoles des participants, rares sont les signes visibles d'une représentation de relations. Le rouge à ces planches vient solliciter Benoué dans ses modalités de gestion pulsionnelle et génère chez lui une angoisse face à la sexualité. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme de répression (kinesthésie animale réprimée : « Un animal noir que le feu a brûlé et on l'a jeté dans la brousse », II). Le sujet éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'elle se situe dans un contexte sexualisé. A la planche III, par contre, Benoué arrive à reprendre un certain contrôle rationnel (FC') mais ne parvient pas tout de même à établir une relation à l'autre (« Je vois un ange gardien avec des pattes de canard »).

La réactivation de représentations de relations est angoissante chez Diamaré et conduit à un mécanisme d'isolation et de répression (II : kinesthésie figée et partielle.). Le sujet éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'elle se situe dans un contexte sexualisé. A la planche III, par contre, Diamaré arrive à reprendre un certain contrôle rationnel en recourant à une bonne qualité formelle, mais n'arrive pas à établir une relation à l'autre. La persistance de son trouble entrave les mécanismes d'identification et de relation à autrui. Le rouge à la planche II vient solliciter Kadéi dans ses modalités de gestion pulsionnelle et génère chez lui une angoisse face à la sexualité. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme régressif (« Je vois deux papillons rouge », II ; « Je vois un cheval », III). Le sujet éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'il se situe dans un contexte sexualisé.

Le rouge à ces planches vient solliciter Menoua dans ses modalités de gestion pulsionnelle et génère chez lui une angoisse face à la sexualité. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme régression et de répression (« Je vois les éléphants », Pl. II ; « Je vois les lapins », Pl. III.). Menoua éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'elle se situe dans un contexte sexualisé, de même qu'à s'identifier à une personne unifiée (OK). La persistance de son trouble entrave les mécanismes d'identité, d'identification et de relation à autrui. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme de régression (« Un scarabée avec les dents de monstre » ; « Un papillon avec ses yeux écartés », Pl. III). Le sujet éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'il se situe dans un contexte sexualisé.

Le rouge à planches vient solliciter le sujet dans ses modalités de gestion pulsionnelle et génère une certaine anxiété qui paraît liée une difficulté à assumer son identité sexuée face à l'autre. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme de régression (« Un scarabée avec les dents de monstre » ; « Un papillon avec ses yeux écartés », Pl. III). Le sujet éprouverait des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'il se situe dans un contexte sexualisé. Dans l'ensemble, les représentations de relations des participants sont absentes.

6.2.3. La rigidité du cadre thérapeutique

L'idée principale de ce thème émergent étant que l'arrière plan blanc des planches du Rorschach est un cadre, une aire transitionnelle. L'émergence du blanc dans sa qualité contenant, support d'élaboration, porte la trace de la qualité du lien primaire. Dans les protocoles de nos participants, en dehors de Mfoundi (« On dirait un monstre que je connais bien. Il a quatre yeux. Il fait peur », Pl. I ; « Le visage de l'écureuil avec deux yeux, il semble méchant. », Pl. II) et de Benoué (C'est comme les nuages quand il veut pleuvoir. Le ciel est souvent comme ça. », Pl. VII), aucun indice relatif au blanc (Dbl, Gbl) n'est mentionné. Ainsi, l'absence de blanc marque une défaillance dans le cadre thérapeutique en tant qu'enveloppe maternelle primitive. À l'inverse, les protocoles nous présentent un mode d'appréhension sans recours aux blancs. Chez Diamaré, nous avons G% = 31, D% = 62, Dbl = 00. C'est également le cas chez Kadéi, avec un G% = 14, un D% = 86 et Dd% = 0, un Dbl = 00. Chez Menoua avec G% = 62 ; D% = 30 ; Dd% = 8 et un Dbl = 00.

Le blanc en tant que cadre, exerce une fonction de dépôt des mouvements pulsionnels archaïques. La planche VII du Rorschach, avec son importante vacance centrale, constitue un

support pour des expressions exacerbées de la problématique du lien entre l'absence et la représentation. Tel n'est pas le cas des réponses observées dans les protocoles de nos participants. Aux planches VII, nous avons respectivement les réponses suivantes : «Ça ressemble à l'intérieur du cou d'un animal sauvage, avec une grande gorge à l'intérieur ; Je vois un marteau qui enfonce un clou. Le clou est au mur » chez Benoué ; « Les poussins. Voici ça ! » Chez Diamaré ; « Je vois deux chats » chez Kadéi ; « Les animaux » chez Menoua et « On dirait deux lapins qui se regardent. Ils ont la même ressemblance ; ils ont de longues pattes et ils ont de très grosses queues » chez Mfoundi. À travers ces réponses, il apparaît que le cadre thérapeutique de ces participants présente des manquements.

Le fond blanc de la planche X au Rorschach est mobilisé de manière privilégiée dans cette fonction, en particulier au travers de la production de réponses humaines ou de visage humain. Les contenus des réponses de nos participants sont à dominance animale. Le pourcentage des réponses "animal" chez Benoué est 54% ; Diamaré 85% ; Kadéi 57% ; Menoua 69% ; Mfoundi 100%.

Pour ce thème émergent, toutes les informations issues des protocoles des participants reflètent réellement les éléments associés au thème « rigidité du cadre » à savoir les globalisations et détails dans le blanc (Gbl, Dbl, Ddbl), la problématique du lien entre l'absence et la représentation à la planche VII du Rorschach et la production de réponses humaines ou de visage humain à la planche X.

6.2.4. La désymbolisation chez les enfants TDAH

L'idée principale de cette thème est que les enfants TDAH désymbolisent. Ils n'arrivent pas à s'adapter dans leurs différents centres de prise en charge. Leurs processus de pensée sont peu diversifiés, l'investissement de l'intelligence pauvre, les facteurs de socialisation sont presque absents, ils éprouvent des difficultés dans leur rapport au réel, leur dynamique affective est marquée par une instabilité. Cette désymbolisation se fait à trois niveaux : cognitif, affectif et social. Cette modalité a été évaluée à la fois au travers des entretiens et grâce aux informations issues du Rorschach.

6.4.1. 1. Désymbolisation au niveau cognitif

Au niveau du Rorschach, on note que les planches excitent les enfants de manière considérable, et ils ne parviennent pas à contenir ces excitations en les transformant et les élaborant au moyen de réponses verbales adéquates. Le recours à l'agir caractérise l'ensemble

des protocoles de manière croissante : Ménoua se lève, ramasse le stylo sur la table et s'assied, contemple la planche ; Mfoundi quant à lui, tantôt tourne sur la chaise, tantôt frappe ses mains sur ses cuisses, tantôt se lève, tantôt pose des questions, tantôt retourne la planche, ou récupère d'autres planches déposées sur la table. La passation paraît si ennuyeuse qu'ils tentent de s'y soustraire par l'agir. Leurs comportements, souvent provocateurs, semblent renvoyer à un désir de faire réagir la psychologue et ainsi, à une recherche de lien, bien qu'insatisfaisante.

Les espaces imaginaires de ces trois enfants sont présent mais leur utilisation mentale est perturbée et ils sont réduits par rapport à ceux des enfants de la même tranche : le nombre de réponses est réduit, soit 13, 13, 14, 13 et 17 réponses respectivement chez Benoué, Diamaré, Kadéi, Menoua et Mfoundi ; la saisie perceptive est essentiellement formelle, avec un contrôle formel $F\% = 39$; $F\% = 92$, $F\% = 50$; $F\% = 100$ et $F\% = 100$ respectivement chez Benoué, Diamaré, Kadéi, Menoua et Mfoundi ; les réponses banales sont rares, traduisant une faible capacité globale d'adaptation par les réponses avec une seule banalité par protocole. Les kinesthésies humaines sont presque inexistantes chez nos cinq participants.

Le mode d'appréhension de la tâche (Les localisations des percepts) est fortement global chez Benoué ($G\% = 62$) et Menoua ($G\% = 62$) et détaillé chez Diamaré ($D\% = 62$), Kadéi ($D\% = 86$) et Mfoundi ($D\% = 52$). Leurs opérations de symbolisation au Rorschach élargissent leur représentation comme s'il s'agissait d'appréhender un objet forcément total et global, très proche d'une image de corps globale, très proche de la réalité de la vision du corps et de son entité somatique. La plupart de leurs contenus est animale, avec $A\% = 54$ contre $H\% = 15$; $A\% = 85$ contre $H\% = 0$; $A\% = 57$ contre $H\% = 29$; $A\% = 69$ contre $H\% = 8$ et $A\% = 100$ contre $H\% = 0$ respectivement chez Benoué, Diamaré, Kadéi, Menoua et Mfoundi.

On note peu de mouvements de planche pendant la passation chez Diamaré et Menoua, avec un recours à l'expression de sentiments d'incompétence et d'impuissance très fréquents : « Je vois, je vois, je vois ça..., Je ne connais pas le nom..., Je vois ça, je ne sais pas comment dire..., C'est fini ! », Planche I, Menoua ; « C'est quoi ça ? Je ne vois plus rien ! C'est fini ! », Planche VII, Menoua. Toutefois, le recours aux rapprochements et à la contemplation de certaines planches vient renforcer l'acting sur le matériel en cours de passation, et en partie la liaison somato-psychique de ces enfants au cours du travail de symbolisation de la passation du Rorschach, puisque c'est pour élaborer la représentation et les affects associés qu'ils mettent en acte leur corps qui concrétise une liaison avec l'objet perceptif et réel, la planche et sa

tâche (pointage d'une partie de la planche ; rapprochement de la planche de ses yeux ; sursaut...).

De manière générale, cette désymbolisation s'exprime au niveau cognitif chez ces participants à travers une pensée peu articulée (Benoué, Kadéi,) et peu sthénique dans l'approche du monde et évoque la fragilité du contenant (Kadéi,) avec une faille plus ou moins importante dans la prise en compte du réel ($F+\%$ diminué), le peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels au profit d'une prévalence de la vie pulsionnelle (Le $F\%$ diminué), l'absence d'investissement des représentations (R faible). Ils manquent de capacité d'élaboration psychique et de symbolisation (Bénoué, Ménoua, Kadéi, Mfoundi, Diamaré). On note également chez ces enfants un fonctionnement psychique pauvre en ressources, tant sur le plan du rendement intellectuel (Diamaré, Menoua, Mfoundi). Leur rendement intellectuel et les capacités de mentalisation faibles (Diamaré, Menoua, Mfoundi). Ces enfants se montrent incapables d'appréhender les situations dans leur entièreté (Benoué, Kadéi, Menoua, Mfoundi) mais se préoccupe des détails (Dd) en mobilisant avec échec la plupart du temps ses processus rationnels. Ses capacités de contrôle apparaissent débordées face à certaines représentations symboliques anxiogènes ou face à des situations mettant davantage en jeu sa réactivité affective ($FC < CF + C$).

6.4.1. 2. Désymbolisation au niveau social

Au niveau des protocoles Rorschach, on note une imago maternelle prégénitale, conçue dans sa dimension essentiellement menaçante, inquiétante, voire persécutrice et destructrice s'observe chez trois sujets à la Planche I : «Un oiseau avec ses ailes», «Je ne connais pas ; ça ressemble à l'ours. Ça ressemble aussi à un chien » et « On dirait un Pokémon que je connais bien ; il s'appelle Grollent. Mais il est différent de ce qu'on connaît » respectivement chez Diamaré, Menoua et Mfoundi. Cette problématique se rencontre également à la planche IV : « Le loup », « C'est un animal... » et « Un dragon noir ; il a des cornes développées ; il a de longues dents ; il a des défenses ; il a de grandes ailes ; ses pieds sont écartés » respectivement chez Diamaré, Menoua et Mfoundi avec des représentations d'imgo maternelle dangereuse et puissante.

Le type de relation d'objet chez tous les sujets est évoqué de manière nuancée : « Les cannetons », « Je vois les lapins » respectivement chez Diamaré et Menoua. Cette relation est particulièrement agressive chez Mfoundi : « Waouh, un scarabée ! Il a des dents de monstre ; sur son dos, il y a un papillon et ses yeux sont écartés et il a quatre pattes » (Planche III). Cette

relation d'objet peu présente se retrouve également à la planche VII où les sujets observent plutôt : « Les poussins », « Les animaux » et « Deux écureuils », respectivement chez Diamaré, Menoua et Mfoundi. Les relations des sujets avec leur environnement sont assez fortes chez Diamaré et Menoua à travers la présence des fleurs et feuilles à la planche X : « Beaucoup de fleurs ; il y a ça beaucoup ici. Même chez nous, il y a les fleurs », « Je vois beaucoup de feuilles », respectivement chez Diamaré et Menoua. Cependant, cette relation avec l'environnement semble absente chez Mfoundi qui, à la même planche, perçoit : « ... un monstre avec des yeux colorés ».

De manière générale, les participants semblent incapables de tenir compte du principe de réalité et d'établir une adaptation sociale grâce aux facteurs rationnels et une perception commune du monde extérieur. Leur contrôle se trouve également amoindri par les sollicitations pulsionnelles sexuelles (FBenoué, Diamaré, Menoua, Kadéi). Ils sont incapables d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui. Mais, sollicitée par ces éléments d'ordre pulsionnel ou émotionnel, ils ne disposent pas toujours d'une adaptation et d'un maintien suffisant du contrôle rationnel. Les processus secondaires sont défaillants et leur fonctionnement psychique est envahi par les processus primaires, ce qui se marque également par l'importance de l'extratensivité (OK/1C) non contrebalancée par des facteurs de freinage ni des potentialités de mentalisation et d'intériorisation des conflits (OK).

6.4.1. 3. Désymbolisation au niveau affectif

Au niveau des protocoles des participants, on peut observer qu'ils font preuve d'une réactivité émotionnelle labile tournée vers l'extérieur, et qui favoriserait l'adaptation sociale. Ils sont davantage soumis à leur vécu émotionnel et affectif, peuvent être qualifiés d'émotionnels et d'instables et présentent davantage d'impulsivité, de suggestibilité et d'égoïsme, qu'ils tentent cependant de contrôler par des mécanismes rationnels lorsque l'impact affectif n'est pas trop marqué. Tous présentent une difficulté à intérioriser et mentaliser les besoins et les conflits. On relève également des attitudes régressives et infantiles chez eux. Chez certains, on peut observer une inhibition ou d'une restriction des dispositions émotionnelles, avec un fonctionnement exagérément rationnel, par étouffement de la vie affective et personnelle.

Pour conclure avec la modalité « désymbolisation », l'idée principale de cette modalité étant que les enfants TDAH ne s'adaptent pas toujours dans leurs différents centres de prise en charge. Les extraits des discours des informateurs et les informations issues des différents

protocoles de Rorschach reflètent en effet cette réalité à travers les indices associés à la modalité « désymbolisation à savoir : l'activité cognitive peu diversifiée, l'absence d'investissement des représentations, le manque de capacité d'élaboration psychique, l'espace imaginaire pauvre, le peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels, l'incapacité d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui, la faille dans la prise en compte du réel, le maintien insuffisant du contrôle rationnel, l'instabilité émotionnelle, l'impulsivité et suggestibilité et la difficulté à intérioriser et mentaliser les besoins et les conflits. En effet, les enfants TDAH sont présents où on ne les attend pas et absents où ils sont attendus.

Ces enfants sont incapables de s'inscrire, de trouver une place où se poser. Ils bougent ou parlent quand ils ne sont pas supposés le faire. Ils sont souvent partis de là où ils devaient s'asseoir et ce quand ils n'étaient pas supposés se déplacer. Ils sont souvent en train de courir ou grimper sur quelque chose quand ils n'étaient pas supposés le faire, donnent les réponses avant que quelqu'un ait fini de poser les questions. Ces enfants ont de la difficulté pour attendre leur tour, coupent la parole, interrompent les activités des autres et se mêlent des affaires qui ne sont pas les leurs. Ainsi ces enfants ne sont pas là où sont attendus, ni dans l'espace, ni dans le temps, ni dans la relation. Ils vont là où ils ne devraient pas, parlent quand ils devraient se taire, se mêlent de ce qui ne les regarde pas.

L'enfant « sait » pourtant, et mieux que tout autre, qu'on ne coupe pas la parole et qu'on attend son tour : on le lui a tant de fois répété, ses parents d'abord, puis ses enseignants et mêmes ses camarades de classes. Mais c'est comme s'ils ne l'avaient pas intégré, en tout cas pas d'une façon qui leur permettrait de s'y conformer ; ils ne l'ont pas repris à son compte. Aussi ces enfants se mettent-ils souvent dans des situations dangereuses parce qu'ils n'ont pas réfléchi à ce qu'ils font, c'est-à-dire faute d'avoir anticipé. Ce sont des enfants dont le mouvement comme le discours ne semble pas vectorisé ; ce sont les autres qui s'évertuent à imaginer un sens. Si ces enfants sont constamment anticipés, ils ne sont pas eux-mêmes en mesure d'anticiper, d'où ce décalage observé entre « là où ils sont attendus » et « là où ils sont ». La Ninab affirme :

Au terme de cette analyse, l'étude des verbatim se rapportant aux quatre thèmes (fonctionnement de l'institution, manquements du cadre thérapeutique, rupture du contrat narcissique avec les enfants et capacité de désymbolisation) a permis de comprendre qu'au-delà de la fonction dévolue à toute institution, à savoir lier les êtres entre eux tout en favorisant l'établissement de vastes unités, l'institution à travers ses manquements, voile l'intrusion

silencieuse de la pulsion de mort dans le processus de symbolisation des enfants TDAH. Ainsi, le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées ne peut empêcher l'émergence de cet obstacle à l'advenu des enfants dont il a la charge, malgré les efforts que chaque spécialiste met en œuvre pour masquer les conditions de sa naissance.

Le cadre du CNRPH, en tant qu'outils théoriques précieux pour penser la clinique, est scopique pour les enfants TDAH. Il n'est plus le lieu dans lequel des contenus qui n'ont pas pu suffisamment se symboliser pour ces enfants jusqu'à maintenant ou alors qui ont été refoulés dans leur dimensions traumatiques, c'est à dire qui n'ont pas pu se mettre en représentations de choses et de mots et en expressions d'affects et en formations associées élargies pour rendre compte du vécu complexe et singulier de chaque participant. Ce cadre du n'est pas une présence permanente, comme le seraient les parents pour l'enfant TDAH. Il est rigide et ne favorise aucune transition entre la famille de l'enfant TDAH et son nouvel environnement.

L'enfant TDAH n'est pas comme les autres ; assurément, il ne pourra pas faire certaines choses que ses frères et sœurs font ou feront. Il est souvent confronté à une image négative renvoyée par son entourage. Cet état est d'autant plus culpabilisant lorsque cet entourage le rend entièrement responsable de ses difficultés. Ce qui conduit le souvent à une dégradation progressive de l'estime de soi et à une aggravation des maladroitness dans les interactions humaines. Ainsi confrontés à ces difficultés, il connaît des situations de stress chronique dans sa vie quotidienne. Il ne peut pas réfréner ses réactions (verbales ou motrices), associée à une difficulté d'anticipation, ce qui restreint ses capacités à repérer les situations dangereuses et à en anticiper les conséquences néfastes. La réduction de ses performances scolaires et son rejet social constitue son monde fantôme que l'institution, les spécialistes en charge, doivent prendre en considération.

L'enfant TDAH, présente un certain nombre de déficit lié à son trouble. Il est comme devant une montagne qu'il ne peut franchir, bien qu'il en manifeste le désir. De fois, à cause de ce trouble, il se passe pour un super puissant, un enfant à qui tout est permis, qui peut tout faire. Il est souvent présent où il n'est pas attendu et absent où il est attendu. Il bouge tout le temps, qui se lève dans des moments inappropriés, qui touche à tout, qui parle beaucoup, qui ne peut s'asseoir pendant deux minutes, qui est toujours dans le mouvement. Ces attitudes, qui ne dépendent pas forcément de lui, constitue son onde fantôme, son méta-Moi et il est nécessaire que le spécialiste prenne cela en compte et afin d'établir une sorte de continuité entre la maison

et l'institution. Le CNRPH ne prend pas en compte de ces éléments qui sont pourtant très important dans leur processus de symbolisation.

L'analyse révèle aussi que le CNRPH est le lieu d'expression des conflits intrapsychiques chez les spécialistes et chez les enfants TDAH ; à ce titre, ce centre devient signataire d'un contrat narcissique avec cet enfant TDAH, contrat qui, au terme de cette analyse n'est pas respecté. Certains spécialistes ne respectent pas les heures d'entrée et de sortie au centre.

Quant aux capacités de symbolisation, les indices spécifiques du psychogramme ont permis d'observer une fracture générale de l'activité de symbolisation chez les participants. Le recours à l'agir caractérise l'ensemble des protocoles de manière croissante. La passation paraît si ennuyeuse qu'ils tentent de s'y soustraire par l'agir. Leurs comportements, souvent provocateurs, semblent renvoyer à un désir de faire réagir la psychologue et ainsi, à une recherche de lien, bien qu'insatisfaisante. Leur espace imaginaire est présent mais leur utilisation mentale est perturbée et ils sont réduits par rapport à ceux des enfants de la même tranche.

CHAPITRE 7 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Ce dernier chapitre découle du problème traité, en l'occurrence, celui de l'émergence des capacités de désymbolisation chez les enfants TDAH, comme résultant des facteurs institutionnels, alors que les travaux antérieurs ne prenaient pas encore en compte cette dimension. Toutefois, nous allons d'abord faire le rappel des données théoriques et empiriques ; puis, les résultats seront interprétés à la lumière des travaux antérieurs sur la désymbolisation et enfin nous présenterons la discussion, et la perspective théorique de notre étude. Il sera question de donner un sens, une signification aux résultats obtenus suite à l'analyse des données de recherche.

7.1. RAPPEL DES DONNÉES THÉORIQUES DE L'ÉTUDE

Dans cette section, il sera juste question de rappeler trois perspectives théoriques permettant d'analyser la problématique de la désymbolisation en suivant l'évolution de la pensée psychanalytique. Il s'agit plus particulièrement de la théorie des institutions (Enriquez, 2019), la théorie du cadre (Bleger, 1979) et la théorie du contrat narcissique (Kaës, 2014).

7.1.1. Le travail de la mort dans les institutions

Dans son article intitulé « Le travail de la mort dans les institutions », Enriquez (2019) se demande si l'institution est toujours un espace adéquat pour l'épanouissement de ceux qui y fréquentent. En d'autres termes, s'il est possible de penser une institution sans la présence d'une violence qui agit à ses origines. En partant des travaux de Freud (1920) qui réduit la pulsion de mort, Thanatos, à son seul à son rôle destructeur, désorganisant des institutions, Enriquez (2019) constate qu'au-delà de ce rôle, la pulsion de mort a aussi un rôle d'instrument de pérennisation des groupes, donc son rôle de fonction constituante de l'institution ; l'institution promeut un narcissisme de mort : la haine se déploie au lieu même où l'amour semblait l'emporter.

Pour Enriquez (2019), l'institution en tant que lieu pacifié, expressif d'un mode fonctionnant sous l'égide de normes intériorisées et où règnent un consensus parfait, un accord suffisant pour entreprendre et mener une œuvre collective, pose le problème de l'altérité, c'est-à-dire de l'acceptation d'autrui en tant que sujet pensant et autonome par chacun des acteurs sociaux qui entretient avec lui des relations affectives et des liens intellectuels. Selon lui, dans

toute institution se dévoile la présence entière, tonitruante d'Eros qui lie les êtres entre eux et qui, en favorisant l'établissement de « *vastes unités* » (Freud, 1929, p.77), permet à chacun de reconnaître dans l'autre son prochain, tous se mouvant à l'ombre de la loi et n'ayant une identité qu'en tant que porteur de cette loi, incontestée et incontestable. Présence qui risque voiler l'intrusion silencieuse de Thanatos dans le processus d'instauration de la liaison. D'où son aspect délétère.

Une institution a pour fonction d'incarner le bien commun, favoriser la manifestation des pulsions à la condition que celles-ci soient métaphorisées et métabolisées en désirs socialement acceptables et valorisés, favoriser le déploiement de fantasmes et de projections imaginaires en tant qu'ils "travaillent" dans le sens du projet plus ou moins illusoire de l'institution, favoriser l'émergence de symboles ayant pour fonction d'unifier l'institution et d'assurer l'emprise de celle-ci sur le conscient et l'inconscient de ses membres. Mais elle ne peut empêcher l'émergence de la violence qui a été à son origine et contre quoi elle est apparue : « la violence est à l'institution ce que le besoin est à la pulsion » (Enriquez, 2019).

Enriquez (2019) présente les institutions thérapeutiques à la fois comme lieux où règne l'asymétrie soignant/soigné qui serait irrévocable ; lieux où l'on rencontre des sujets qui n'ont pas encore résolu leurs propres problématiques infantiles, ou qui ont subi une éducation soit rigide, soit permissive avec tout ce que cela comporte comme intériorisation des interdits. Situation non sans risque car la relation thérapeutique peut alors être posée comme un idéal et donc potentiellement aliénante pour le soigné. Ce sont aussi des sujets préoccupés d'eux-mêmes qui utiliseraient la fonction thérapeutique pour se soigner. Ils peuvent, enfin, ne pas réussir à se détacher de leurs propres désirs conscients ou inconscients sur le devenir du sujet ce qui serait destructeur pour lui. Ainsi, de par son fonctionnement, l'institution a certes pour fonction d'incarner le bien commun, mais elle ne peut empêcher l'émergence de la violence qui a été à son origine et contre quoi elle est apparue. La violence semble nécessaire à la vie institutionnelle, en ce sens qu'elle s'appuie sur le caractère légale de l'institution pour demander aux hommes de renoncer à la satisfaction de leurs pulsions et ce faisant, rallume les combats entre les égaux et favorise le désir de transgression des interdits. Mais la violence institutionnelle ne se réduit pas à la violence légale.

7.1.2. Le cadre thérapeutique

S'inspirant de Winnicott (1956) pour qui le cadre, « *setting* », est la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif ; de Klein (1967) pour qui dans le transfert psychotique,

ce n'est pas l'affect qui est transféré mais une situation totale, l'ensemble du développement, d'une part et de Jaques (1955) qui voit les institutions sociales comme inconsciemment utilisées en tant que défense contre l'anxiété psychotique, d'autre part, Bleger (1979) se rend compte que tous ces auteurs, bien qu'ils abordent la notion du cadre ne le font que lorsqu'il fait problème, lorsqu'il y'a « attaque du cadre » ; laissant ainsi le cadre comme problème, c'est-à-dire lorsqu'il ne fait pas problème, c'est-à-dire dans des situations où la règle fondamentale est pleinement respectée. Pour lui, de façon permanente ou discontinue, le cadre devient une figure, un processus. Mais même dans de tels cas, il ne s'agit pas du même processus que celui de la situation analytique elle-même, parce que chaque fois que viennent à se produire des « défauts » dans le cadre, on a toujours tendance à le maintenir ou à le restaurer. Selon lui, le cadre a une fonction comparable ; il agit comme support, comme étau, cependant ne se perçoit pour le moment, que lorsqu'il se modifie ou se casse.

A la question de savoir ce que signifie le cadre lorsqu'il est maintenu, lorsqu'il « ne pleure pas », Bleger (1979) postule la « situation psychanalytique » comme la totalité des phénomènes en jeu dans la relation thérapeutique entre analyste et patient. Pour lui, cette situation comprend des phénomènes qui constituent un processus, lequel est objet d'études, d'analyse et d'interprétation ; mais elle comprend en outre un cadre, à savoir un « non-processus », en ce sens qu'il représente l'ensemble des constantes à l'intérieur des limites duquel le processus lui-même se produit. Le cadre se référant à une stratégie plutôt qu'à une technique.

Bleger (1979) découvre que toute relation humaine qui dure des années, au sein de laquelle un ensemble de normes et d'attitudes se maintient, n'est rien moins qu'une véritable définition de l'institution. Selon lui, le cadre est une institution à l'intérieur des limites de laquelle se produisent certains comportements. Toute institution fonctionne comme délimitations de l'image du corps et comme le noyau de base de l'identité. Faisant une analogie entre « membre fantôme » et institution, il déclare :

De la même façon qu'on parle du « membre fantôme », de même, il faut admettre que les institutions et le cadre constituent toujours un « monde fantôme », celui de l'organisation la plus primitive et la moins différenciée. Ce qui est toujours là ne se remarque que lorsqu'il vient à faire défaut ; il semble permis d'appliquer au cadre les « ultra-choses » (Wallon), c'est-à-dire tout ce qui, dans l'expérience, apparaît comme

étant vague, indéfini, sans conceptualisation ou sans connaissance qui y soit applicable » (Bleger, 1979, P. 260).

Pour Bleger (1979), le cadre est constant et de ce fait, il est un facteur déterminant dans les phénomènes qui régissent les processus du comportement ; il est un méta comportement, et les phénomènes tel que les comportements en dépendent : « Il est l'implicite dont dépend l'explicite » (P. 268). Ce méta comportement fonctionnerait comme « rempart » (Baranger), dans la mesure où l'analysant essaie de ne pas prendre le risque de faire infraction à la règle fondamentale. Aussi bien que le cadre n'est pas respecté, c'est-à-dire que les règles, les normes ne sont pas respectées, ajoute-t-il, il n'y a pas de problème pour le patient, car ce dernier trouve un terrain propice pour la répétition de son « monde fantôme ». Mais dès lors qu'il est respecté, la « non-répétition » met à jour l'élément le plus stable et le plus permanent de sa personnalité, le « monde fantôme » (p. 279). Selon lui, le transfert illusoire ou la partie psychotique de sa personnalité est un non-Moi qui constitue la toile de fond de son Moi et de son identité. Ce n'est qu'à partir de la « non-satisfaction » de ce « monde fantôme » que le patient peut percevoir que le cadre est différent du sien et que, avant même cette « non-satisfaction », son « monde fantôme » existait déjà.

Pour conclure, nous notons avec Bléger (1979) que le cadre du patient est l'expression de sa fusion la plus primitive avec le corps de sa mère, et que celui du psychanalyste doit permettre de rétablir la symbiose originelle afin de pouvoir la modifier. L'éclatement du cadre, ainsi que son maintien idéal ou normal étant des problèmes d'ordre technique ou théorique, mais ce qui peut fondamentalement bloquer toute possibilité de cure profonde étant l'éclatement introduit ou admis dans le cadre par l'analyste lui-même. En d'autres termes, la dépendance et l'organisation psychologique les plus primitives du patient ne peuvent être analysées qu'à l'intérieur du cadre de l'analyste, lequel ne doit être ni ambigu, ni fluctuant, ni altéré.

7.1.3. Le contrat narcissique institutionnel

L'institution est un lieu où se construit le psychisme (Kaës, 2009). L'institution apparaît ainsi indispensable dans la formation de l'appareil psychique de l'enfant. Elle régule les formations individuelles à partir de l'appareil psychique groupal se construisant dans les contrats qui assignent un certain nombre de fonctions psychiques à l'institution, lui permettant d'exister et de durer. C'est le cas de la fonction contenante, la limitation et l'étayage, etc. D'après Kaës (1979), la fonction contenante du cadre institutionnel est celle qui implique un

travail actif sur l'archaïque dans l'optique de le rendre maîtrisable. Elle se décline en deux mouvements complémentaires qui sont : l'accueil ou l'hébergement des éléments bêta et la transformation en éléments alpha. L'hébergement correspond à la phase passive de la fonction contenantante qui consiste essentiellement pour un sujet, un groupe ou une institution à recueillir et accueillir avec souplesse et bienveillance les formations psychiques propres à un ou plusieurs autres personnes. Il suppose une certaine facilité à s'ouvrir aux expériences d'autrui et implique la nécessité d'une disponibilité pour accueillir en soi» Kaës (2012, p.643).

Pour rendre compte de l'évolution de ce contrat et de ses impasses aliénantes, Kaës (2014) introduit le contrat narcissique secondaire basé sur le narcissisme secondaire postule d'une part que, dans le socle narcissique du lien qui lui, consiste dans la balance équilibrée de cette économie. D'autre part, le contrat narcissique exige plusieurs sortes de garants qui constituent les conditions nécessaires pour qu'il s'inscrive dans un processus symbolique et accomplisse sa fonction structurante.

L'objectif étant de montrer que dans le contrat narcissique l'investissement du sujet par le groupe et vis-versa repose sur un certain nombre de garants qui constituent les conditions nécessaires pour qu'il s'inscrive dans un processus symbolique et accomplisse sa fonction structurante, Kaës (2014) découvre que le contrat narcissique est une figure complexe des alliances structurantes inconscientes primaires. Il est une des alliances de base, dans la mesure où l'investissement narcissique qu'il requiert et qu'il dispense est à l'origine du lien et de l'accordage d'alliance primaire entre le bébé et son premier ensemble intersubjectif. Il est aussi une des alliances structurantes nécessaires au développement de la vie psychique. Enfin, il comporte une dérive aliénante et pathologique : les achoppements du contrat narcissique.

Selon lui, l'enfant est dans une position de dépositaire du narcissisme parental, de leurs « rêves de désirs irréalisés ». Il est tenu, soutenu et quelque fois détenu dans un réseau de désirs dont il est l'objet ambigu et dans certains cas tragiques. Lorsque l'enfant naît avec un TDAH, il porte aux parents une blessure narcissique grave. On peut repérer ces achoppements dans la clinique, lorsque l'enfant, les parents, ou l'ensemble familial ne sont pas en mesure, pour diverses raisons, de contracter des liens dans les termes d'un contrat narcissique structurant, ou lorsque se produit un insuffisant investissement narcissique de l'enfant TDAH (p.56).

Dans ces conditions, l'enfant ne donne pas les signes attendus qui constituent les parents en parents « suffisamment » bons. Ce qui est en souffrance chez ces parents, c'est la difficulté de reconnaître à ces enfants l'identité humaine, une identité qui les reconnaîtrait comme des

semblables dans le regard parental. Dans les cas traités par André (1986), les dépressions consécutives chez les parents ont une incidence directe (mais non automatique) sur la formation du narcissisme chez l'enfant. L'étayage du narcissisme est alors insuffisant et il ne reçoit ni ne restitue aucun apport narcissique vital, capable de maintenir le lien primaire et l'alliance d'accordage entre le bébé et sa mère). Une des conséquences des difficultés à établir le contrat narcissique, ou des ruptures qu'il subit, est le pacte narcissique. Des distorsions ou un clivage du Moi sont des conséquences habituelles de ce pacte narcissique, un pacte dont les variations dévoilent les dimensions perverses ou psychotiques (p.69). Il est selon Kaës (2014) l'opposé du contrat narcissique. Le pacte narcissique est mortifère.

Une des conséquences de la rupture du contrat narcissique est, avec les troubles de l'identité du Moi, le retour du refoulé et l'inquiétante étrangeté dans les figures de la possession, dans les attaques démoniaques et les tourments de la persécution. Ces troubles peuvent se lire à partir des effets de la rupture du contrat narcissique. Pour plusieurs membres d'une famille, l'irreprésenté du contrat narcissique rompu, et dont la symbolisation a échoué, se représente comme énigme dans les symptômes de rupture et d'autodestruction : stérilité et suicide des femmes, meurtres et suicide des hommes, et comme figure de l'inquiétant dans les possessions et les attaques démoniaques. Le contrat narcissique est remis en cause dans les expériences du deuil. En effet, il se fonde sur le remplacement d'un mort. De ce point de vue, le contrat narcissique est aussi à comprendre comme une défense contre la perte de substance vivante et vitale pour le groupe et pour l'individu. Le travail de deuil concerne autant le remaniement de l'économie intrapsychique que le contrat narcissique dans sa dimension générationnelle. Le contrat narcissique introduit une inflexion notable dans la dépression. La dépression s'installe dans le sentiment d'une discontinuité et d'une déchéance du Moi. L'installation de la continuité et de la valeur du Moi dépend de la qualité du contrat narcissique qui lie l'ensemble intersubjectif et le sujet dans lequel il se forme.

7.2. RAPPEL DES DONNÉES EMPIRIQUES DE L'ÉTUDE

L'analyse des données a permis de mettre en exergue des manquements dans la prise en charge des enfants TDAH au CNRPH. Ces manquements s'observent à travers le cadre théorique que nous avons mobilisé et qui s'expriment à travers trois modalités : le mode fonctionnement institutionnel, la cadre institutionnel de la prise en charge et les achoppements du contrat narcissique institutionnel. Le mode de fonctionnement du CNRPH est scopique. Les enfants TDAH semblent incapables de gérer leur rapport au monde extérieur lorsqu'ils sont

sollicités par des éléments d'ordre émotionnel. Ils présentent une mauvaise adaptation face à leur environnement et une incapacité à intégrer et canaliser les affects. On note le recours à l'émergence pulsionnelle et la présence de thème dysphorique ou assimilé. Ce centre de prise en charge apparait également topique dans la mesure où il est assimilé à un simple lieu de rencontre.

Les manquements dans le cadre institutionnel s'observent à trois niveaux. Le premier niveau de ces manquements concerne le non ciblage des facteurs de risque à traiter. Les troubles du comportement externalisé en général et le TDAH en particulier sont multifactoriels. La plupart de ces enfants ont un tempérament anxieux. Ils ont de difficultés à contrôler leur comportement et à tolérer la frustration, à stabiliser leur humeur. Au CNRPH, la prise en charge se fait de manière globale, comme si ses facteurs de risque s'équivalaient. De plus, plusieurs spécialistes (Psychologue, logopède, éducateurs spécialisé, psychomotricien etc) interviennent à la fois, avec tout ce que cela peut comporter comme coût tant au niveau financier, physique et émotionnel.

Comme deuxième niveau, rares sont les fois où les parents participent pour leur propre bien-être. Si les parents sont présents avant, pendant et après la prise en charge, c'est soit fournir les informations utiles au diagnostic et à la prise en charge de l'enfant, soit pour améliorer leur pratique éducative afin qu'elle ne constitue plus un facteur de risque pour le trouble de leur enfant, soit pour qu'ils apprennent des stratégies pour gérer le comportement de leur enfant pendant les congés. Très peu de temps sont accordés au bien-être des parents qui, pour la plupart, est stressé et épuisé du fait du comportement de son enfant. Pourtant, le parent mérite également une écoute attentive des psychologues au même titre que l'enfant TDAH. En plus, l'enfant a besoin que ses parents restent à ses côtés. Il est donc primordial de prendre soin de l'enfant et du parent qui forment une dyade indissociable.

Un dernier niveau des manquements observés au sein du Centre National de Réhabilitation des personnes Handicapées est la formation presque absence d'une équipe dans la prise en charge des enfants TDAH. La prise en charge telle que menée se fait de manière individuelle par chaque spécialiste l'éducateur spécialisé, le psychologue, le logopède, les parents, chacun à son tour. Les rares fois que toutes les parties prenantes sont ensemble c'est au moment du diagnostic. Beaucoup de parents d'enfant TDAH ont tendance à s'isoler, soit parce qu'ils pensent éduquer mal leur enfant, soit parce qu'ils semblent impuissants face aux comportements externalisés de leur enfant ou encore soit parce qu'ils doutent des pratiques

éducatives qu'ilse utilisent à la maison pour canaliser leur enfant. En plus de cet isolement, certains parents d'enfant TDAH évaluent les comportements de l'enfant de manière différente de l'enseignant ou d'autres professionnels, ce qui peut induire une incompréhension au niveau diagnostique. Former une équipe autour de l'enfant permet non seulement d'optimiser le traitement des facteurs de risque mais aussi et surtout de s'assurer que les outils utilisés, les attitudes éducatives, les demandes adressées à l'enfant TDAH soient cohérentes entre tous les milieux de développement (école, maison, cabinet du spécialiste).

En procédant ainsi, l'institution thérapeutique (CNRPH) qui est censée être, un garant métapsychique, une aire transitionnelle, un cadre pour symboliser et penser la clinique, devient scopique pour l'enfant TDAH. Il est rigide et ne favorise aucune transition entre la famille de l'enfant TDAH et son nouvel environnement. Ce sont surement ces manquements au niveau des stratégies de prise en charge des enfants TDAH au Centre qui font que ces enfants soient absents où on les attend et présents où l'on ne les attend pas (la désymbolisation). En effet, les indices spécifiques du psychogramme au Rorschach ont permis d'observer une fracture générale de l'activité de symbolisation chez nos cinq participants. Le recours à l'agir caractérise l'ensemble des protocoles de manière croissante.

Au niveau cognitif, cette désymbolisation s'exprime chez ces participants à travers une pensée peu articulée (Benoué, Kadéi,) et peu sthénique dans l'approche du monde et évoque la fragilité du contenant (Kadéi,) avec une faille plus ou moins importante dans la prise en compte du réel ($F+\%$ diminué), le peu de capacité de mise en jeu des processus rationnels au profit d'une prévalence de la vie pulsionnelle (Le $F\%$ diminué), l'absence d'investissement des représentations (R faible). Ils manquent de capacité d'élaboration psychique et de symbolisation (Bénoué, Ménoua, Kadéi, Mfoundi, Diamaré). On note également chez ces enfants un fonctionnement psychique pauvre en ressources, tant sur le plan du rendement intellectuel (Diamaré, Menoua, Mfoundi). Leur rendement intellectuel et les capacités de mentalisation faibles (Diamaré, Menoua, Mfoundi). Ces enfants se montrent incapables d'appréhender les situations dans leur entièreté (Benoué, Kadéi, Menoua, Mfoundi) mais se préoccupe des détails (Dd) en mobilisant avec échec la plupart du temps ses processus rationnels. Ses capacités de contrôle apparaissent débordées face à certaines représentations symboliques anxiogènes ou face à des situations mettant davantage en jeu sa réactivité affective ($FC < CF + C$).

Au niveau social, les participants semblent incapables de tenir compte du principe de réalité et d'établir une adaptation sociale grâce aux facteurs rationnels et une perception

commune du monde extérieur. Leur contrôle se trouve également amoindri par les sollicitations pulsionnelles sexuelles (FBenoué, Diamaré, Menoua, Kadéi). Ils sont incapables d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui. Mais, sollicitée par ces éléments d'ordre pulsionnel ou émotionnel, ils ne disposent pas toujours d'une adaptation et d'un maintien suffisant du contrôle rationnel. Les processus secondaires sont défaillants et leur fonctionnement psychique est envahi par les processus primaires, ce qui se marque également par l'importance de l'extratensivité (OK/1C) non contrebalancée par des facteurs de freinage ni des potentialités de mentalisation et d'intériorisation des conflits (OK).

Au plan affectif (émotionnel), les participants font preuve d'une réactivité émotionnelle labile tournée vers l'extérieur, et qui favoriserait l'adaptation sociale. Ils sont davantage soumis à leur vécu émotionnel et affectif, peuvent être qualifiés d'émotionnels et d'instables et présentent davantage d'impulsivité, de suggestibilité et d'égoïsme, qu'ils tentent cependant de contrôler par des mécanismes rationnels lorsque l'impact affectif n'est pas trop marqué. Tous présentent une difficulté à intérioriser et mentaliser les besoins et les conflits. On relève également des attitudes régressives et infantiles chez eux. Chez certains, on peut observer une inhibition ou d'une restriction des dispositions émotionnelles, avec un fonctionnement exagérément rationnel, par étouffement de la vie affective et personnelle.

Il ressort de l'analyse des données que le processus de symbolisation de nos participants, périlleux, fortement mis à mal dans la situation projective, est dû non seulement au fonctionnement institutionnel et aux manquements du cadre thérapeutique à l'intérieur de cette institution, mais également aux achoppements du contrat entre ladite institution et nos participants. Ils ne peuvent s'en servir pour élaborer les excitations internes et externes qui les assaillent, ils n'ont de choix que de recourir aux agirs verbaux et non verbaux importants. Ce qui justifie le fait d'être absents où ils sont attendus et présents où on ne les attend pas.

7.3. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Le travail de la recherche a porté sur les facteurs institutionnels de la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. On a cherché à travers l'entretien et le test de Rorschach à mettre en évidence les modalités du fonctionnement institutionnel qui entravent le travail d'élaboration psychique des enfants TDAH. La tâche actuelle est de donner du sens aux indices qui constituent les matériaux sur lesquels la discussion va reposer et qui, à leur tour, donneront lieu à des perspectives théoriques. Ladite interprétation va porter sur les facteurs suivants : l'excès d'interdits institutionnels, la

prise en charge centrée sur les symptômes, l'exclusion des parents de la prise en charge, les processus d'identificatoires, les représentations de relations et la rigidité du cadre thérapeutique.

7.3.1. De l'excès d'interdits institutionnels à la désymbolisation

L'idée principale de cette partie est que l'excès d'interdits institutionnels est un des facteurs institutionnel de la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Ce fonctionnement parfois topique ou scopique ne favorise pas l'épanouissement psychique des enfants TDAH. Les données issues de l'analyse montrent qu'il existe un excès d'interdits, la présence de normes, valeurs et règles ne participent à la prise en charge que pour le bien-être de l'enfant TDAH et non pour son propre bien-être. Quand l'informatrice Ninab affirme : « Je dis bien tous ! Tout le monde respecte le règlement intérieur, tout le monde respecte la discipline du centre. À leur niveau, c'est d'ailleurs plus sérieux, car ils sont vraiment difficiles ». L'on comprend bien que le centre d'accueil tel qu'il fonctionne ne permet pas aux enfants TDAH de se construire. C'est peut-être ce qui fait que leurs processus de pensée soient peu diversifiés, l'investissement de l'intelligence pauvre, les facteurs de socialisation sont presque absents, ils éprouvent des difficultés dans leur rapport au réel, leur dynamique affective est marquée par une instabilité. Au niveau cognitif, ces manquements entraînent chez ces enfants une perturbation dans l'utilisation mentale de leur espace imaginaire. C'est ce qui justifie cette déclaration de l'informateur Engué :

Ce sont des enfants qui présentent aussi au niveau de la socialisation, je sais pas, des difficultés pour se socialiser parce que le fait d'être beaucoup actif souvent amène les autres à se sentir un peu gênés, c'est-à-dire comme des troubleurs. Donc comme s'ils dérangent leurs camarades donc ils ont ce problème de socialisation ...

Ou l'informatrice Ninab : « Il fait ce qu'il veut quand il veut, et parfois la famille quand elle ne comprend pas, se met à l'isoler ou à dire certaines choses. Lui il ne veut rien faire, fait des choses à son temps ». Ces manquements les rendent incapables de tenir compte du principe de réalité et d'établir une adaptation sociale grâce aux facteurs rationnels et une perception commune du monde extérieur. Leur contrôle se trouve également amoindri par les sollicitations pulsionnelles sexuelles (Benoué, Diamaré, Menoua, Kadéi). Ils sont incapables d'identification à l'autre et d'établir des liens avec autrui. Mais, sollicitée par ces éléments d'ordre pulsionnel ou

émotionnel, ils ne disposent pas toujours d'une adaptation et d'un maintien suffisant du contrôle rationnel. Les processus secondaires sont défaillants et leur fonctionnement psychique est envahi par les processus primaires, ce qui se marque également par l'importance de l'extratensivité non contrebalancée par des facteurs de freinage ni des potentialités de mentalisation et d'intériorisation des conflits.

Dans cette même logique, Enriquez (2019) se demande si l'institution est toujours un espace adéquat pour l'épanouissement de ceux qui y fréquentent. En d'autres termes, s'il est possible de penser une institution sans la présence d'une violence qui agit à ses origines. En partant des travaux de Freud (1920) qui réduit la pulsion de mort, Thanatos, à son seul à son rôle destructeur, désorganisant des institutions, Enriquez (2019) constate qu'au-delà de ce rôle, la pulsion de mort a aussi un rôle d'instrument de pérennisation des groupes, donc son rôle de fonction constituante de l'institution ; l'institution promeut un narcissisme de mort : la haine se déploie au lieu même où l'amour semblait l'emporter.

Pour Enriquez (2019), l'institution en tant que lieu pacifié, expressif d'un mode fonctionnant sous l'égide de normes intériorisées et où règnent un consensus parfait, un accord suffisant pour entreprendre et mener une œuvre collective, pose le problème de l'altérité, c'est-à-dire de l'acceptation d'autrui en tant que sujet pensant et autonome par chacun des acteurs sociaux qui entretient avec lui des relations affectives et des liens intellectuels. Selon lui, dans toute institution se dévoile la présence entière, tonitruante d'Eros qui lie les êtres entre eux et qui, en favorisant l'établissement de « vastes unités » (Freud, 1929, p.77), permet à chacun de reconnaître dans l'autre son prochain, tous se mouvant à l'ombre de la loi et n'ayant une identité qu'en tant que porteur de cette loi, incontestée et incontestable. Présence qui risque voiler l'intrusion silencieuse de Thanatos dans le processus d'instauration de la liaison. D'où son aspect délétère.

L'excès d'interdits tels que vivent les enfants TDAH qui ont subi une éducation rigide, de type puritain où ce qui était en jeu n'était pas seulement de ne pas transgresser l'interdit, mais de considérer ce qu'il désigne avec horreur, comme l'expression du démoniaque tapi dans chaque être et qui n'attend qu'un relâchement de l'ascèse pour se manifester dans sa virulence et comme contre nature. Pour Enriquez (2019), lorsqu'une telle occurrence se produit, on assiste à un développement tel du sentiment de culpabilité, dérivant de l'angoisse devant le retrait d'amour, de l'angoisse devant le Surmoi qu'il amène par le renoncement quasi complet à la satisfaction des pulsions, à des niveaux de tensions intolérables. On aura affaire à des individus

incapables de suivre le programme du principe de plaisir, ne sachant plus aimer, et donc incapables de désir, puisque le désir ne peut être dissocié du plaisir, de la recherche d'un objet procurant de la jouissance et auquel le sujet désire procurer de la jouissance. À ce sujet, l'informateur Engué ajoute :

Donc lorsque l'enfant ne fait pas, quand la règle n'est pas respectée, là il faut aussi de manière prompte faire appliquer ce qui doit être quand la règle n'est pas respectée. Quand il fait ce qui doit être fait, directement il reçoit son appréciation et quand il fait ce qui ne doit pas être fait, directement il reçoit, je peux dire, sa punition de façon prompte.

Les enfants TDAH sont dans la plupart du temps abandonnés à eux-mêmes par des parents qui n'ont pas pu servir de référence car ils ont été, vivant eux-mêmes dans une situation de désarroi sinon de détresse psychologique, incapables d'énoncer les interdits structurants, sont pratiquement dépourvus de Surmoi et d'Idéal du Moi (Enriquez, 2019). Si dans certains de ses aspects l'institution thérapeutique exprime une absence d'interdits structurants, dans d'autres elle multiplie les interdits et les obligations chargés d'arbitraire. Les enfants TDAH se trouvent pris dans une série de normes, non hiérarchisées, qui les empêchent d'avoir des points d'appui, d'étayer leur vie sur un socle solide. Ils sont ainsi ballottés d'une norme à l'autre, de normes officielles, à des normes insidieusement évoquées, de normes de solidarité à des normes d'individualisme. Comment pourraient-ils s'y reconnaître? Plus l'enfant TDAH perd ses repères identificatoires, plus son identité est mise en cause, en pièces, plus il est astreint à des travaux de deuil et à des processus de réorganisation de la personnalité.

Les seules solutions, selon Enriquez (2019), qui sont ouvertes à ces enfants sont alors le choix d'une norme temporaire qui aboutit à la création des personnalités oscillantes. Celles-ci étant caractérisées par la compulsion à l'engagement et au désengagement, par la tendance à être présent où il est attendu et absent où il est attendu sans questionnement radical et sans changement interne. Pour Enriquez (2019), quel que soit le type de souffrance à l'œuvre dans la psyché de ces enfants, ils se présentent comme des individus désadaptés, morcelés, traversés par la pulsion de mort des autres et de la société qu'ils ont intériorisée et qu'ils retournent contre eux-mêmes ou/et contre leur entourage, poussés par une haine de soi et d'autrui et parfois par

la disparition en eux de tout désir. Leur état de détresse, dû à leur mode de fonctionnement hyperactif, les amène au bord du chaos dans lequel ils peuvent basculer.

Nous voyons à travers ces verbatims que, malgré la volonté de vouloir aider les enfants dont ils ont la charge, les spécialistes se trouvent confrontés à un autre problème, celui du respect des normes et des valeurs de l'institution. Ces institutions, à travers l'asymétrie qu'elles instaurent (Enriquez, 2000), assignent ces enfants à une place qu'ils n'ont jamais demandée : celle d'enfants en difficulté et nécessitant une prise en charge, une attention particulière. Se faisant, elles n'autorisent pas la vie fantasmatique de ces derniers. L'informatrice Ninab ajoute :

...Ce sont des enfants qu'il faut toujours surveiller. Avec eux, il y a beaucoup de restriction. Si nous pouvons laisser un enfant non TDAH à jouer dans la cour, aller visiter certaines salles dans l'enceinte de l'établissement, faire du ménage, ce ne sera pas le cas avec l'enfant TDAH. Ce sont des enfants comme je l'ai dit, difficile.

Cette relation asymétrique demeure permanente et les enfants TDAH y sont contraints par qu'ils sont liés par une demande, celle de se comporter comme les enfants du même âge.

S'il est vrai que nulle part dans le discours il n'est fait mention du manque de connaissance de soi des spécialistes, nous notons avec Aulagnier (1975) que ce sont des gens qui ont rencontré l'arbitraire, ils ont fait l'expérience d'un excès. Ils ne peuvent donc induire qu'un refoulement totalement arbitraire aux enfants dont ils ont la charge, leur empêchant la fantasmatisation et l'acheminement du sens. Ces spécialistes sont des êtres marginaux (Kaës, 1976) qui sont préoccupés eux-mêmes par leurs problèmes psychiques mal ou insuffisamment résolus, pourtant, la condition pour écouter d'autres est d'être proche de ses propres conflits internes (Enriquez, 2000). Selon lui, tout thérapeute doit au préalable répondre aux questions : Qui étaient mon père et ma mère ? Ai-je été désiré ? Puis-je accepter d'avoir été créé par eux ? Quelle est la part de masculin et quelle est la part de féminin en moi ? Dans quelle mesure suis-je mon propre créateur ? Sous quelle modalité suis-je moi-même capable d'engendrer d'autres êtres humains ? Suis-je un "vrai" père ou une "vraie" mère, autrement dit, puis-je jouer le rôle de garant symbolique ? Suis-je l'enfant de ceux que j'ai engendrés ?

Les informateurs, le personnel de des institutions thérapeutiques ne sont donc jamais assurés d'avoir été désirés par leurs propres parents, d'être véritablement nés, d'être à même de

favoriser la naissance d'autrui, de favoriser leur capacité de symbolisation. Ils ont besoin des autres, de leur regard, de leur amour, de leur reconnaissance, mais aussi de leur haine, de leurs questions, pour savoir qu'ils existent. Mais de toutes manières, ils sont condamnés à passer par la rencontre avec un autre, pour avoir une chance de savoir s'ils existent, de qui ils sont l'enfant, de qui ils sont le parent. Le danger qu'ils courent et qu'ils font courir aux enfants TDAH est, ne pouvant pas traiter leurs conflits, de se poser comme la référence, le seul père, devenant de ce fait un géniteur castrateur, ne supportant que l'engendrement du même. Ou encore, comme l'a montré Searles (1975) cité par Enriquez (2000), de provoquer un conflit affectif chez ces enfants et de tendre à les rendre « malades » et sans désir.

L'institution devient ainsi un système fermé de par la répétition des conduites qu'elle promeut. On peut constater que l'institution censée rééduquer les enfants TDAH, favoriser leur processus de symbolisation, peut en même temps être pour ces derniers, source de désymbolisation, de par son fonctionnement à la fois scopique et topique. Les indices (Présence de normes, valeurs, règles, Excès d'interdits, Lieu d'expression des fantasmes, des désirs des thérapeutes ; L'autonomisation de la vie fantasmatique des thérapeutes) ont permis de mettre en évidence le caractère scopique de cette institution.

7.3.2. De la prise en charge centrée sur les symptômes à la désymbolisation

La prise en charge telle qu'elle est menée avec les enfants est essentiellement centrée sur les symptômes. C'est ce qui ressort dans le discours de l'informatrice Ninab lorsqu'elle déclare :

Nous intervenons au niveau de la psychomotricité et développons des habiletés, ce que les anglophones appellent "soft skills". Nous recherchons, à travers nos activités, les habiletés que l'enfant peut développer en lui. Mais la plupart c'est juste pour éviter qu'il ne soit plus trop hyperactif. Et quand on fait ça, on travaille la psychomotricité et le cognitif à la fois.

Le premier principe qui oriente la prise en charge des troubles du comportement externalisé est le ciblage des facteurs de risque à traiter (Roskam, 2021). Le traitement des troubles du comportement externalisé s'appuie sur le modèle de l'étiologie que Mikolajczak

et Roskam (2021) ont représenté comme un iceberg. Selon elles, pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements externalisés, il faut traiter les facteurs de risque identifiés dans la partie immergée de l'iceberg. Chez les enfants TDAH qui présentent des troubles du comportement intenses et fréquents et donc chez ceux qui consultent, on peut souvent identifier au moins trois facteurs de risque. Il ne serait pas bénéfique ni pour l'enfant ni pour sa famille qu'on organise en même temps des prises en charge avec un orthophoniste, un psychologue, un psychomotricien, un neuropsychologue, etc. Il faut se rappeler que tout traitement a un coût non seulement financier, mais aussi physique et émotionnel.

7.3.3. De l'exclusion du parent dans la prise en charge à la désymbolisation

La prise en charge telle qu'elle est menée avec les enfants ne prend pas soins de l'enfant et du parent. Les spécialistes en charge des enfants TDAH (éducateur spécialisé, psychologue, ergothérapeute...) ne prennent pas soins de l'enfant et du parent. Les extraits des discours des deux informateurs reflètent cette réalité. L'enfant TDAH doit sentir que le parent est là, parce qu'il a besoin des limites, sinon ça va aller dans tous les sens. Le travail avec les parents est très important. Cet aspect psychologique du parent qui se remet en question, qui doute de lui et qui doute de sa parentalité doit être au centre de la prise en charge. Le deuxième principe de prise en charge des troubles externalisés (Roskam, 2021) recommande de prendre soins de l'enfant et du parent. Selon elle, lorsqu'on rencontre un enfant avec des troubles du comportement externalisé, il semble évident que le traitement implique d'accompagner l'enfant, mais aussi ses parents, surtout si l'enfant est très jeune. On sait qu'une diminution de la fréquence et de l'intensité des comportements externalisés ne peut se faire sans un certain engagement de la part des parents. Pour recueillir des informations utiles au diagnostic et à la prise en charge de l'enfant, pour améliorer leur pratique éducative afin qu'elle ne constitue plus un facteur de risque ou bien nous voulons que les parents s'inspirent de notre pratique professionnelle et prolongent ainsi des effets thérapeutiques à la maison. C'est notamment ce qui se fait dans des ateliers pour parents d'enfant hyperactif quand on leur enseigne comment accompagner l'enfant lors de leur devoir, comment favoriser son attention en supprimant les distracteurs inutiles ou en fractionnant le temps en plus petites périodes de travail. Le CNRPH n'échappe pas à cette carence lorsque l'informatrice Ninab déclare :

[...] Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, les parents interviennent beaucoup plus au niveau du diagnostic, parce que nous avons besoin d'un certain nombre d'information pour pouvoir décider du cas. Ils viennent

aussi pour accompagner les enfants, pour gérer les formalités d'ordre académique et financières...

Mikolajczack et Roskam (2021) utilisent volontiers la métaphore du masque à oxygène dans les avions. Selon elles, lorsque le personnel de bord donne les consignes, il vous sera demandé si vous voyagez avec un enfant de commencer par mettre un masque sur votre visage et dans un second temps de placer un masque sur le visage de l'enfant. Car si vous ne pouvez plus respirer, eh bien vous ne serez pas en mesure d'aider votre enfant. Il en va de même ici. Si le parent manque complètement d'énergie, il ne pourra plus être présent pour son enfant. À nous donc d'être vigilants. On ne soigne pas les besoins d'un enfant au détriment des besoins de ses parents.

Mikolajczack et Roskam (2021) attirent l'attention des spécialistes sur l'origine culturelle des parents et sur la manière dont ceux-ci comprennent les difficultés comportementales de leur enfant ; à quoi ils les attribuent ; quels étaient leurs facteurs étiologiques. Ce sont de bons exemples d'attitudes qu'ils prennent soin des parents comme de l'enfant. En n'imposant pas notre modèle étiologique comme étant leur seule vérité possible, nous évitons de fragiliser l'entourage de l'enfant. Nous avons aussi insisté sur l'importance de relativiser la croyance du déterminisme parental. Le parent joue un rôle important dans le développement de l'enfant mais il y a bien d'autres facteurs à l'œuvre.

Le troisième principe consiste à former une équipe (l'importance des tiers). Selon Mikolajczack et Roskam (2021), beaucoup de parents dont les enfants présentent les troubles du comportement, et donc le TDAH, ont tendance à s'isoler. Il y a plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, la croyance très forte du déterminisme parental amène l'entourage à penser qu'ils éduquent mal leur enfant. Le regard et le jugement des autres est souvent difficile à supporter. Alors pour éviter les critiques, ils restent chez eux à l'abri des regards et de ces jugements. Ensuite, gérer un enfant qui externalise son comportement n'est ni simple ni de tout repos : aller chez des amis, participer à des réunions de famille, aller au restaurant, faire une sortie en compagnie de l'enfant, c'est beaucoup de stress. Les parents savent qu'ils auront à le surveiller en permanence, à gérer son agitation ou de potentielles crises. Et puis certaines pratiques éducatives que les parents utilisent à la maison pour canaliser l'enfant, comme la mise à l'écart, ne sont pas toujours transposables dans d'autres lieux. Enfin, les enfants qui sont dans la provocation profitent parfois d'être en présence d'autres personnes pour externaliser encore

plus leur comportement parce que, exposés au regard d'autrui, les parents se trouvent en situation de faiblesse.

Former une équipe autour de l'enfant TDAH, c'est aussi l'entourer de tiers qui forment une sorte de cordon de sécurité pour contenir les débordements comportementaux qu'il ne parvient pas à réguler et qui entravent son fonctionnement familial, scolaire et social. La fonction de tiers, c'est de valider le cadre et les limites de ce cadre. Cette mise en sécurité par la présence d'adultes fermes et bienveillants autour de l'enfant, est fondamentale pour les enfants qui externalisent leurs comportements (Mikolajzack & Roskam, 2021).

7.3.4. Des représentations de relations à la désymbolisation

L'enfant a besoin de trouver dans le discours institutionnel les références identificatoires qui vont lui permettre de construire ses capacités de symbolisation au sein de l'institution d'accueil. Dans cette logique, le centre doit l'accepter tel quel, lui tenir un discours vrai. Ce discours doit apparaître comme l'ensemble des énoncés concernant la réalité de la famille, la raison d'être de cette institution et le bien fondé de ses normes. C'est lui qui devrait instituer le contrat narcissique. Il a pour fonction indispensable de préserver une concordance entre la famille et l'enfant TDAH, ainsi que l'interaction entre les deux. Le discours de l'institution doit déterminer le rapport de l'enfant TDAH à celle-ci et l'établir comme sujet du groupe, et ce, à travers son acceptation, sa répétition et son appropriation par ce dernier. Il doit offrir à l'enfant TDAH la certitude sur son origine, nécessaire pour que la dimension historique soit rétroactivement observable sur son passé ; certitude indispensable pour que celui-ci investisse le groupe. Or, la famille dont il est question ici brille par cette carence d'investissement de l'enfant.

L'institution au sein de laquelle est pris en charge l'enfant TDAH joue également double fonction : le rôle de centre d'accueil, mais aussi celui de soutien à la subjectivation, à la fonction subjectivante. Assumer ce double rôle suppose pour l'institution non seulement une capacité d'écoute, mais également la transformation de la fonction de tuteur. Le professionnel en institution vit ainsi un paradoxe, celui de respecter les procédures et prescriptions établies mais aussi et en même temps envisager le changement de regard vis-à-vis de l'enfant au regard des données actuelles des observations cliniques. Ce qui inscrit la prise en charge dans la logique de la rééducation ou de la socialisation et empêche donc toute tentative de questionnement considérée ici comme une entorse à la prise en charge institutionnelle. Ainsi, les professionnels

sont amenés à faire pour faire et sans véritablement apporter des solutions aux problèmes. Ils font parce qu'on leur demande de faire. Ils le font et ne sont pas toujours satisfaits.

D'autre part, la prise en charge telle qu'elle est menée ne permet pas à l'enfant TDAH de s'épanouir, mais également, néglige un volet qui semble essentiel : la place des parents de l'enfant TDAH. Les parents ici sont absents, du moins dans le rôle qui leur incombe. S'ils viennent au centre, c'est pour des formalités d'ordre administratives et académiques. Pourtant, la survenue d'un enfant TDAH, un enfant à problèmes, remet en question l'enfant merveilleux dont les parents ont toujours rêvé. Il s'agit d'une sorte d'atteinte narcissique de la part de ces derniers. De fait, une de leur dimension est touchée, dès lors que cet enfant qui leur advient se trouve aussitôt rapporté à cet enfant merveilleux en eux, à partir duquel, seulement il peut être appréhendé ou porté. Une fraction de la personne se révèle chez eux d'un seul coup défailante, ce qui retentit sur l'identité même de ceux qui ne peuvent être que responsables de l'enfant et ce ne sera pas non plus sans répercussions sur l'ensemble des relations, familiales tout d'abord, dans lesquelles chacun des parents se trouve pris. C'est du moins ce qui ressort des propos de l'informatrice Ninab lorsqu'elle déclare :

Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, les parents interviennent beaucoup plus au niveau du diagnostic, parce que nous avons besoin d'un certain nombre d'informations pour pouvoir décider du cas. Ils viennent aussi pour accompagner les enfants, pour gérer les formalités d'ordre académique et financières...

Seules les données issues du test de Rorschach montrent que la représentation de soi et les représentations de relations chez tous les participants sont défailtantes. Ils ne reconnaissent pas leur place au sein du groupe, au sein de l'institution.

7.3.5. De la rigidité du cadre thérapeutique à la désymbolisation

La place du cadre dans la compréhension des comportements des enfants TDAH en situation de prise en charge s'avère importante si on tient en compte le fait que ces enfants viennent d'horizon diverses et chacun d'eux ayant son monde fantôme. L'idée principale ici est que le cadre thérapeutique institutionnel est un facteur de risque de la désymbolisation chez les enfants TDAH. Les éléments du discours des informateurs relevés ont permis de se rendre compte d'un certain manquement à l'instar des distorsions/rigidités du cadre thérapeutique.

Former une équipe autour de l'enfant TDAH, c'est aussi l'entourer de tiers qui forment une sorte de cordon de sécurité pour contenir les débordements comportementaux qu'il ne parvient pas à réguler et qui entravent son fonctionnement familial, scolaire et social. La fonction de tiers, c'est de valider le cadre et les limites de ce cadre. Cette mise en sécurité par la présence d'adultes fermes et bienveillants autour de l'enfant, est fondamentale pour les enfants qui externalisent leurs comportements (Mikolajzack & Roskam, 2021).

Ce cadre joue un rôle important dans le devenir de ces enfants et doit être considéré comme une institution en elle-même (Bleger, 1979). En tant que tel, il devient le lieu d'expression des désirs, des fantasmes, des demandes, des angoisses tant de la part du spécialiste que de celle de l'enfant TDAH. Il cesse d'être un simple « setting » (Winnicott, 1957) mais devient un processus, le récepteur de la symbiose avec la mère, symbiose qui permet à l'enfant, et donc à l'enfant TDAH de développer son Moi (Bleger, 1979). Il agit comme support, comme étau. Ne pas prendre en compte ce cadre dans le processus de symbolisation des enfants TDAH est une erreur. Dans le cadre de cette étude, le cadre n'a pas joué ce rôle d'étau pour les enfants ; il a été rigide.

Nous remarquons avec nos participants que leur non-Moi, la manière avec laquelle les spécialistes les gèrent, ne permet pas de mieux construire leur Moi, leur capacité de symbolisation. La transition entre le monde fantôme des sujets et les normes de l'institution n'existe pas. Il y a comme une sorte de rupture entre la maison, la famille d'où viennent ces enfants et le cadre thérapeutique. Le plein respect du cadre de l'enfant TDAH permet de recevoir le dépôt du monde magique omnipotent du patient, de sa dépendance infantile, de son transfert psychotique (Bleger, 1979). Son fantasme le plus profond est que le spécialiste va renforcer cette toute-puissance et lui fait retrouver son « monde fantôme ». Ainsi, à travers le respect des normes et des règles institutionnelles, le monde fantôme du sujet TDAH ne va pas s'exprimer, ce qui ne lui permettra pas la construction de sa pensée. C'est ce qui fait la particularité de nos participants.

En comparant le cadre à une machine qui transforme le « monde fantôme » du sujet en symptôme susceptibles d'être analysés, Bleger (1979) voulait ainsi montrer l'importance de sa souplesse dans l'advenue du sujet. Il doit être la partie la plus souple, la plus permanente, comme le sont les parents pour l'enfant. Comme le précise cet auteur, le Moi de l'enfant s'organise en accord avec la mobilité du milieu qui suscite ses besoins et y pourvoit. Or, nos

participants semblent évoluer dans un cadre qui ne leur est pas favorable ; il y a des manquements qui s'observent à plusieurs niveaux.

Ces manquements au niveau du cadre s'observent également à travers les blancs du Rorschach (Roman, 2001). Pour lui, la figure du blanc, telle qu'elle peut s'actualiser et s'appréhender selon des modalités différenciées dans les épreuves projectives (Rorschach, TAT, Scéno-test, dessin...), vient soutenir le déploiement du paradoxe de la négativité, dans une mise à l'épreuve du travail de symbolisation. En d'autres termes, l'expérience du blanc, et sa figuration dans la rencontre avec le matériel des épreuves projectives, paraît être un analyseur pertinent de ce paradoxe autour de l'interrogation portée sur ce qui fait lien dans le blanc : de l'éblouissement répulsif à l'attraction mortifère, les représentations mobilisées par le blanc dans le cadre des épreuves projectives interrogent le travail du négatif et l'élaboration possible d'une contenance. La fonction du blanc, dans ce double projet, pouvant être repérée selon plusieurs registres, concourant à soutenir le travail de la symbolisation. Son efficience va essentiellement tenir de sa qualité de fond muet du dispositif.

Le blanc est cadre pour la représentation, représentant de l'absence de représentation : en tant que cadre, on peut considérer qu'il exerce une fonction de dépôt des mouvements pulsionnels archaïques (Bleger, 1938 cité par Roman, 2001). La planche VII du Rorschach, avec son importante vacance centrale, peut constituer un support pour des expressions exacerbées de la problématique du lien entre l'absence et la représentation. Tel n'est pas le cas des réponses observées dans les protocoles de nos participants. Aux planches VII, nous avons respectivement les réponses suivantes : « Les poussins. Voici ça ! » pour Diamaré ; « Les animaux. Je ne vois plus rien. C'est fini » pour Menoua et « On dirait deux écureuils. Ils ont la même ressemblance ; ils ont de longues pattes et ils ont de très très grosses queues. C'est tout ! » pour Mfoundi. A travers ces réponses, il apparaît que le cadre thérapeutique de ces participants présente des manquements qui s'observent à la fois à l'épreuve projective du Rorschach et dans l'entretien avec le spécialiste.

Le blanc, dans la figure en creux qu'il énonce, maintient l'unité des investissements pulsionnels et se propose comme conteneur de l'ambivalence des engagements affectifs. Le fond blanc de la planche X au Rorschach est mobilisé de manière privilégiée dans cette fonction, en particulier au travers de la production de réponses humaines ou de visage humain (Roman, 2001). Les contenus des réponses de nos trois participants sont à dominance animale. Le pourcentage des réponses "animal" chez Diamaré est élevé, 85%. Plus spécifiquement à la

planche X, il ne fait allusion à un être humain : « Beaucoup de fleurs. Il y a ça beaucoup ici. Même chez nous, il y a les fleurs », Planche X. C'est pareil chez Mfoundi pour qui la seule perception humaine existante est appréhendée dans sa totalité et renvoie plutôt à un monstre : « On dirait un monstre. Il a des yeux colorés ; il a des nez un peu bizarres ; il a des mains gluantes et il a des cornes toutes petites. Il a des flammes dans ses mains et il a des flammes dans son dos », planche X. Menoua ne fera pas l'exception. La seule figure humaine chez lui représente une description : « Je vois beaucoup de feuilles. Mon père a le genre de T-shirt ci ! Je n'aime pas aller au village ».

En conclusion, l'analyse des données de nos participants, fussent-elles des épreuves de Rorschach que de l'entretien avec la spécialiste, montre que les manquements du cadre rendent compte de la dé/symbolisation des enfants TDAH dans leurs institutions respectives. Le cadre du CNRPH devrait être pour l'enfant TDAH un espace transitionnel au sens de Winnicott (1969), lui permettant d'advenir, de bénéficier des soins et de l'attention d'un environnement suffisamment bon ou contenant. C'est-à-dire un environnement qui est sensible à ses besoins et qui y répond de façon adéquate. Winnicott (1956) identifie la mère comme étant le tout premier environnement de l'enfant. Du fait qu'elle se trouve dans un état d'hypersensibilité, elle est mêlée à son bébé en une structure unique de sorte que le centre de gravité de celui-ci se situe dans la structure environnement- individu.

Dans cette logique, le cadre de prise en charge du CNRPH devrait s'adapter de manière quasi-parfaite aux besoins l'enfant TDAH. Ce qui favoriserait son épanouissement. Le dévouement inconditionnel du CNRPH à son enfant TDAH est un phénomène crucial qui susciterait ou cultiverait l'illusion initiale de toute puissance chez ce dernier. C'est-à-dire la conviction qu'il est le créateur et contrôleur de ce qu'il trouve, la satisfaction de ses besoins. Concrètement, cette illusion consisterait pour l'enfant TDAH à croire que le CNRPH, la réponse à ses besoins et désirs est une partie de lui-même. Cette illusion favoriserait la possession et l'établissement de relations affectueuses avec les spécialistes. Selon Winnicott (1969), la mère doit secondairement inscrire l'enfant dans un processus de désillusion. A cet effet, elle doit diminuer l'adaptation aux besoins de l'enfant. Cette démarche instaure la rupture, la prise de distance de l'un par rapport à l'autre et situe les partenaires de la dyade sur une aire transitionnelle. Dans cette logique, comme une mère suffisamment bonne, le cadre du CNRPH devrait par la suite inscrire l'enfant TDAH dans un processus de désillusion. Elle devrait diminuer l'adaptation aux besoins de celui-ci. Cette démarche instaurerait la rupture, la prise de

distance de l'un par rapport à l'autre et situerait les partenaires de la dyade sur une aire transitionnelle. Ce qui n'a pas été le cas chez nos participants.

Selon Winnicott (1969), l'aire transitionnelle fait référence à un espace intermédiaire entre le subjectif et l'objectif dans lequel l'enfant utilise un objet particulier pour se défendre contre l'angoisse dépressive. Autrement dit, l'objet est à mi-chemin entre l'enfant (TDAH) et une autre personne (l'institution) ; il s'en sert pour se représenter une présence rassurante ou encore se reconforter de la rupture. Dans les échanges quotidiens, la créativité de l'enfant se manifeste à travers le jeu. Il apparaît comme une réponse aux distorsions ou ruptures que subit le lien. Bref, il assure la continuité du lien. A partir de ce phénomène transitionnel, l'enfant devient capable de se différencier de l'objet et de lui attribuer une existence autonome. La différenciation Moi non-Moi représente donc la tâche de développement de l'aire transitionnelle donc le maintien du lien fusionnel du couple mère-enfant est le précurseur. Les participants de cette étude vivent des manquements graves dans leur institution ; ce qui justifie la dé/symbolisation dont ils font l'objet.

A l'arrivée au Centre, l'enfant TDAH est dépourvu d'appareil psychique élaboré pour traiter les sensations et émotions qui l'envahissent. Il ne possède que des pensées-actes ou protopensées originelles faites de choses en soi qui détruisent sa capacité d'établir les liens. Ces protopensées sont de l'ordre du chaos ou de la mort (sentiment de culpabilité, persécution, etc.). Ils forment une barrière d'éléments clivés, caractérisée par l'indifférenciation des pensées et l'incapacité à les traiter ou élaborer. Au cours des interactions avec les spécialistes (le Moi), l'appareil à penser de l'enfant TDAH devrait se structurer progressivement en s'appuyant sur celui des spécialistes. Ceux-ci devraient alors introduire ou transférer initialement les attitudes appropriées (éléments alpha) dans le psychisme de l'enfant grâce à la fonction alpha.

Autrement dit, la capacité de répondre aux besoins de l'enfant TDAH intuitive des spécialistes devrait leur permettre de modifier l'hyperactivité et/ou l'impulsivité de cet enfant et le renvoyer sous une forme de comportements socialement acceptés (éléments alpha) plus digeste favorisant la construction de ses capacités de symbolisation. Ainsi, le soulignait Bion (1962), la fonction alpha apparaît comme une fonction primordiale centrée sur la transformation des éléments beta en contenus psychiques qui permettent à la personnalité d'enregistrer, d'élaborer et de communiquer ses expériences.

Si on s'en tient à Bion (1962), au-delà de la prise en charge que l'institution thérapeutique (en l'occurrence le CNRPH) offre déjà aux enfants TDAH qui y sont (fonction

nourricière), elle devrait également jouer un rôle organisateur, elle devrait constituer un contenant qui accueille et adoucit les vécus désagréables l'enfant TDAH afin qu'il les réintrojecte sous forme de comportements attendus (éléments alpha). Il s'agit des stratégies permettant à l'enfant TDAH de se représenter ses propres contenus psychiques. L'enfant TDAH s'approprie secondairement de la fonction alpha de l'institution thérapeutique pour réguler son propre fonctionnement. Dans cette dynamique, la barrière d'éléments alpha rend l'acquisition des capacités de symbolisation possible en ce sens qu'elle favorise les distinctions de base y relatives. Le CNRPH apparaît ainsi indispensable dans la construction du psychisme de l'enfant. Elle devrait réguler les formations individuelles à partir de l'appareil psychique groupal se construisant dans les contrats qui assignent un certain nombre de fonctions psychiques à l'institution, lui permettant d'exister et de durer. C'est le cas de la fonction contenant, la limitation et l'étayage, etc.

D'après Kaës (1979), la fonction contenant du cadre institutionnel est celle qui implique un travail actif sur l'archaïque dans l'optique de le rendre maîtrisable. Elle se décline en deux mouvements complémentaires qui sont : l'accueil ou l'hébergement des éléments bêta et la transformation en éléments alpha. Dans cette même logique, le CNRPH, en tant qu'institution, devrait recueillir et accueillir avec souplesse et bienveillance les formations psychiques propres à chaque enfant TDAH. Cela supposerait une certaine facilité à s'ouvrir aux expériences de cet enfant et impliquerait la nécessité d'une disponibilité, sensibilité pour accueillir en soi, comme le disait Kaës (2012, p.643), sans en être endommagé, intoxiqué ou détruit « ce qui n'a pas trouvé de lieu ». Dans ce premier mouvement, l'institution thérapeutique apparaîtrait comme un contenant, un lieu de dépôt ou d'hébergement qui abrite les aspects insupportables du vécu de l'enfant TDAH. Ces derniers correspondent aux éléments bêta, c'est-à-dire les éprouvés corporels (sensoriels et toniques), éléments psychiques (détresse, envie, etc.). En d'autres termes, ce sont des éléments parcellaires, destructeurs (pulsions, affects, actes et autres objets détériorés) qui se constituent en une véritable barrière d'éléments bêta agglomérés empêchant l'activité de la pensée. Le CNRPH tel qu'il est présenté par la spécialiste Touboro n'assure pas cette fonction de contenant :

Cet accueil impliquerait que le CNRPH à travers ses dispositifs, ses pratiques soit pour l'enfant TDAH une enveloppe psychique suffisamment accueillante et sécurisante afin qu'il puisse bénéficier d'un premier soulagement en y projetant librement ses angoisses. Mais tel n'est pas le cas. Ce que cet enfant vit, ce sont des manquements dans la pratique. Il s'agirait concrètement de s'identifier aux besoins de l'enfant TDAH en difficulté en adoptant la posture d'un

facilitateur qui de par son attitude bienveillante, accompagne et encourage le sujet à prendre des initiatives, à s'ouvrir et à dévoiler les éléments du chaos qui perturbent son équilibre. On comprend donc qu'une institution qui se veut accueillante est celle qui promeut le non jugement, l'écoute, le respect du vécu et la protection de ses membres. Ce faisant, elle l'inscrit en tant que réel enfant TDAH dans la relation.

En référence à la prédisposition maternelle, Kaës (1979) soutient que le cadre joue un rôle de transformation. Il doit s'identifier et répondre aux besoins de l'enfant TDAH en assurant le traitement des éléments bêta qu'il reçoit et héberge au contact des individus. Cette démarche permet à l'institution de modifier les éléments nocifs et destructeurs en éléments assimilables (éléments alpha) par le sujet et à les intégrer à son propre fonctionnement psychique. Si la vulnérabilité que vit l'enfant TDAH au sein de l'institution est apaisée par la présence de spécialistes qui interviennent pour l'aider à s'adapter, à se construire, il s'en sortira mieux.

Les éléments alpha sont donc en lien avec la fonctionnalité thérapeutique du cadre. Celle-ci sous-entend le progrès sur le plan des connaissances, de la compréhension et des aptitudes à gérer les expériences quotidiennes. Le changement qu'elle induit est donc une opération de traduction qui consiste à donner du sens, mettre en mots, comprendre, mémoriser et communiquer les contenus de pensées reçus sur un mode préalablement insensés, insignifiants car non traités. Ce qui suppose la manipulation des contenus inconscients et conscients, leur classification, leur ordination et éventuellement, leur transmission. Le cadre du CNRPH ne reconnaît pas les projections de l'enfant TDAH, il peine à les métaboliser ce qui perpétue l'hyperactivité au sein de son psychisme et lui fait vivre des situations d'instabilité. A cet effet, l'enfant TDAH en plus de son mode de fonctionnement atypique, intériorise les carences du cadre. Ce qui contribue à la détérioration ou au sous-développement de sa fonction alpha, le rendant par conséquent incapable d'advenir. Ainsi, on comprend que, faire preuve de contenance pour une institution revient à accueillir et apaiser les angoisses de ses membres voire entretenir avec eux une relation symbiotique qui leur permet de s'approprier de leurs expériences. Le CNRPH n'échappe pas à cette carence lorsque l'informatrice Ninab déclare :

[...] Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, les parents interviennent beaucoup plus au niveau du diagnostic, parce que nous avons besoin d'un certain nombre d'information pour pouvoir décider du cas. Ils viennent

aussi pour accompagner les enfants, pour gérer les formalités d'ordre académique et financières...

Il ressort alors que le CNRPH en tant qu'institution thérapeutique, de par ses manquements concourt lui-même au déploiement du travail de la mort. Il est un lieu où se côtoient différents types de spécialistes qui occupent des statuts et des rôles théoriquement stabilisés et entre lesquels se nouent des relations de pouvoir. Il devient alors pour l'enfant TDAH un espace scopique du fait des distorsions dans le cadre thérapeutique. La dé/symbolisation trouvant ainsi un terrain propice.

7.4. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Les résultats de cette étude ont pu mettre en exergue les indices permettant d'évaluer la désymbolisation chez ces cinq sujets. Les analyses des protocoles de Rorschach ont permis de mettre en avant certains de ces indices de manière plus concrète. Il appert que le processus de symbolisation des participants semble périlleux, fortement mis à mal dans la situation projective. Ils ne peuvent s'en servir pour élaborer les excitations internes et externes qui les assaillent, ils n'ont de choix que de recourir aux agirs verbaux et non verbaux importants. Quant aux facteurs institutionnels, les résultats suivants ont été obtenus :

Premièrement, l'excès d'interdits institutionnels est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Le TDAH a un impact considérable sur la vie de l'enfant. En général, les capacités attentionnelles de l'enfant atteint de trouble sont limitées, et ce, à différents niveaux (attention soutenue et divisée, capacité de distraction). L'enfant TDAH a d'énormes difficultés à soutenir son attention, à organiser son travail, à intégrer les routines et est constamment distrait par les stimulations environnantes. Il a de la difficulté à écouter les consignes et à contenir ses mouvements et a des réactions émotionnelles, parfois très vives suite à des frustrations (Gaudreault, 2010). Sur les plans social et émotionnel, l'enfant TDAH a beaucoup de problèmes du fait de son faible niveau de tolérance à la frustration. Ce qui entraîne souvent de l'agressivité. Par rapport l'enfant dit normal, l'enfant TDAH vit plus d'expériences hostiles dans ses relations sociales, de rejet des pairs et a de la difficulté à se faire accepter par leurs enseignants. Il manque d'estime de soi du fait que son entourage, suite à ses comportements perturbateurs, lui renvoie une image négative de lui. Dès lors, il apprend très vite qu'il est différent des autres. L'enfant TDAH présente également une fragilité au niveau de

l'identité et de la représentation interne. Il est nécessaire de lui offrir un « étayage concret » au sein d'un investissement relationnel (Gaudreault, 2010, p. 66). Ne pas prendre en compte ces particularités constitue une sorte de violence à l'endroit de cet enfant qui ne traite pas les informations de la même manière que les autres.

Ce résultat va dans le sens des travaux de Kaës (2019) sur le fonctionnement institutionnel. Selon lui, l'institution génère des excès d'interdits qui remettent en cause le processus de subjectivation qui est un préalable à sa symbolisation. Kaës (2019) voit dans l'institution un arrière-fond de la vie psychique dans lequel peuvent être déposées et contenues certaines des parties de la psyché qui échappent à la réalité psychique. Pour Freud (1912), ces institutions sont des lieux qui favorisent l'émergence de la violence, une violence légale dont une des modalités l'interdit. Cet interdit, cette violence, structurante pour l'institution, met ces enfants dans des situations de tensions, de conflit entre les membres de l'institution et eux. En tant que système culturel de par les normes et les valeurs qu'elles promeuvent, ces institutions modèlent ainsi la conduite du personnel auprès des enfants TDAH.

Kaës (2019) demande de prendre en considération de l'espace psychique propre à la vie institutionnelle. Selon lui, des formations psychiques originales sont produites et entretenues par la vie institutionnelle à ses propres fins : cela signifie qu'il s'agit de formations correspondant à la double nécessité de l'institution et des sujets qui en sont partie et constituante et prenante. Le CNRPH n'est donc pas une simple structure qui reçoit les enfants TDAH comme le ferait un jardin botanique, mais bien plus. Il s'agit d'un processus, d'une réalité psychique particulière au même titre que l'inconscient freudien et qui jouerait un rôle indispensable dans l'advenu de l'enfant TDAH.

Ce que Kaës (2019) appelle appareil psychique du groupement, alliances inconscientes et chaîne associative groupale sont des constructions destinées à rendre compte de cette organisation spécifique des formations et des processus psychiques inconscients mobilisés dans la production du lien et du sens. De telles formations assurent l'articulation entre l'économie, la dynamique et la topique de l'enfant TDAH d'un côté, et de l'autre l'économie, la dynamique et la topique psychiques formées pour et par les spécialistes. Freud (1914) lui-même l'avait souligné à maintes reprises : l'Idéal du Moi ouvre d'importantes perspectives pour la compréhension de la psychologie des foules. En plus de son aspect individuel, cet Idéal a un aspect social : il est l'idéal qui réunit une famille, une classe, une nation. Kaës (2019) n'oppose pas l'individu et l'institution, comme l'élément et l'ensemble. Il recherche les articulations dans

les espaces psychiques et y repère les effets de l'inconscient. Ceci revient à ne pas localiser l'inconscient dans le seul espace de l'enfant TDAH ou du spécialiste, mais dans les lieux liminaires où se produisent les passages constitutifs de la réalité psychique.

Deuxièmement, la prise en charge centrée uniquement sur les symptômes est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Comprendre ce qui se passe pour l'enfant TDAH est fondamental si on veut l'accompagner, si on veut réduire son hyperactivité et/ou son impulsivité. La compréhension d'un trouble s'appuie sur des modèles étiologiques qui rendent compte des causes possibles d'une maladie ou d'un trouble. Le TDAH est multifactoriel, c'est-à-dire qu'il résulte de la combinaison de plusieurs facteurs de risque. Un facteur de risque n'est pas une cause. C'est un facteur qui, lorsqu'il est présent, augmente le risque de présenter une certaine conséquence. Augmenter le risque ne signifie pas que la conséquence se produit toujours ni avec la même intensité. Et l'augmentation du risque varie d'un individu à l'autre. Le premier facteur de risque est le tempérament de l'enfant, c'est-à-dire les bases biologiques de la personnalité. On parle donc de prédisposition génétique de la personnalité.

Ensuite, viennent les facteurs cognitifs, en particulier les fonctions exécutives et le traitement de l'information sociale. Les fonctions exécutives sont des fonctions cognitives qui interviennent chaque fois qu'on doit contrôler son comportement. En ce qui concerne le traitement de l'information sociale, il s'agit de la manière dont l'enfant comprend, interprète les comportements des autres et des situations sociales en générale. Le troisième facteur de risque est le langage. Au mieux l'enfant sait communiquer avec son entourage, au plus il comprend ce qu'on lui dit et au plus il peut exprimer ses besoins, ses désirs et au moins il a tendance à externaliser son comportement. Les facteurs socioaffectifs sont aussi des facteurs à risque, en particulier les enfants qui présentent une insécurité d'attachement sont plus à risque de développer un trouble du comportement. Les difficultés à réguler ses émotions sont aussi des facteurs importants. Ils influencent les capacités de l'enfant à tolérer la frustration, à stabiliser son humeur. Enfin il reste les facteurs éducatifs. Ce sont sans doute ces facteurs qui sont le plus souvent pointés du doigt comme étant la cause unique des troubles du comportement (Roskam, 2021).

Ce résultat va en droite ligne avec les travaux de Roskam (2021) pour qui le TDAH est multifactoriel et dont, pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements externalisés, il faut traiter les facteurs de risque identifiés. Chez un enfant TDAH qui consulte, on peut

identifier au moins trois facteurs de risque. Cela signifie qu'un seul facteur de risque n'engendre pas à lui seul des troubles du comportement intenses ou fréquents pouvant faire l'objet d'un diagnostic ou d'un traitement. Pour comprendre ce qui se passe chez chaque enfant, c'est à travers un travail d'évaluation multidisciplinaire que l'on pourra identifier les facteurs de risque qui contribuent au trouble du comportement chez chaque enfant et ainsi, envisager comment l'accompagner, comment l'aider concrètement (Roskam, 2021).

Pour comprendre l'origine des troubles du comportement, il est donc nécessaire de tenir compte de la singularité de l'enfant, son tempérament, son fonctionnement cognitif, ses capacités langagières ; du contexte dans lequel il se développe et de certaines temporalités. Le contexte renvoie ici aux facteurs affectifs, relationnels et éducatifs qui sont propres au milieu familial, scolaire, institutionnel et à tous les milieux que l'enfant fréquente et dans lesquels il se développe à un moment donné de son histoire. Le contexte, c'est aussi la culture. Il faut également tenir compte de la temporalité, c'est-à-dire la manière dont ces facteurs de risques interagissent parfois en Cascade dans la trajectoire de développementale de l'enfant.

Troisièmement, le fait de ne pas prendre soin du parent est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Les parents d'enfants TDAH présentent plus de difficultés d'ordre psychologique que les autres. De plus, les niveaux de stress et de détresse des parents d'enfants hyperactifs sont significativement plus élevés si on les compare à ceux des parents d'enfants ordinaires. Les mères d'enfants TDAH rapportent avoir un niveau de stress plus élevé que celui des mères d'enfants normaux (Gaudreault, 2010). Le stress vécu par les parents est associé aux caractéristiques de l'enfant tels que l'impulsivité, l'inattention, le degré de distractibilité, etc. et interagit avec les traits des parents tel leur sentiment dépressif, d'incompétence, d'isolement social, etc. Ainsi, les enfants présentant un TDAH peuvent créer une certaine détresse chez leur mère et augmentent leurs besoins d'aide en santé mentale (Fischer, 1990). Ces mères se perçoivent comme plus déprimées, moins compétentes, plus frustrée et isolées. Leur relation avec leur fils semble être moins valorisante et gratifiante. Chez les parents d'enfant TDAH, on remarque un niveau moins élevé de satisfaction conjugale (Fischer, 1990). Ils ont plus de discordes et de conflits conjugaux et ont tendance à blâmer leur enfant pour les problèmes familiaux.

La nature très exigeante et stressante des comportements des enfants ayant un TDAH provoque chez leur parent des réactions négatives qui perturbent fortement les relations qu'ils

entretiennent avec leur environnement. Woodward et al. (1998) montrent que les parents d'enfants TDAH expriment davantage des sentiments négatifs envers leurs enfants, sont moins sujets à employer des méthodes de contrôle interne tel que le raisonnement et les encouragements positifs. Ils utilisent également plus de punitions physiques lors de situations problématiques. Ces auteurs mentionnent aussi qu'un des meilleurs prédicteurs pour l'hyperactivité est la discipline agressive.

Ce résultat confirme les travaux de Roskam (2021) sur l'importance de prendre soin de l'enfant et du parent. Selon elle, lorsqu'un enfant a le TDAH, il semble évident que le traitement implique d'accompagner l'enfant, mais aussi ses parents. Une diminution de la fréquence et de l'intensité des comportements externalisés ne peut se faire sans un certain engagement de la part des parents. Les parents fournissent les informations utiles au diagnostic et à la prise en charge de l'enfant. Les enfants TDAH sont des dévoreurs d'énergie et le restent pendant de longues années. Ils sont aussi souvent de sources de conflits dans le couple parental et dans la fratrie. Pour les parents, il y a donc un coût émotionnel à la fois chronique et très élevé, qu'il ne faut pas négliger. Ces parents s'épuisent, se désengagent et s'effondrent. Le parent mérite une bienveillance au même titre que l'enfant. En outre, l'enfant a besoin que ses parents restent à ses côtés. Et on a besoin des parents pour accompagner l'enfant. Il est donc primordial de prendre soin de l'enfant et du parent qui forment une dyade indissociable (Roskam, 2021).

Quatrièmement, la défaillance des processus identificatoires est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Chez les participants de cette étude, bien que l'identité de base soit stable, l'on note une atteinte de l'image du corps. Ils ne parviennent pas à se reconnaître comme appartenant à la race humaine. L'absence de sensibilité aux caractéristiques phalliques renseigne suffisamment sur les incapacités identificatoires secondaires des sujets. La capacité d'une représentation de soi intègre et entière est présente mais les processus identificatoires à l'être humain ne sont pas élaborés. Se positionner par rapport à l'autre et se confronter à la relation mobilise des processus de régression. On note une certaine fragilité au niveau des assises identitaires. L'image de soi est à certains moments mise à mal et dévalorisée.

Ce résultat confirme les travaux de Claudon (2006) pour qui les représentations de soi sont un préalable à la mentalisation chez les enfants TDAH. Selon lui, les caractéristiques de la représentation de soi des enfants TDAH montrent une fragilité double, celle des limites de

l'objet et celle du sentiment de continuité de soi ; ce qui se traduit assez clairement aux épreuves projectives par la difficulté pour le moi infantile à constituer une représentation unifiée, continue et gratifiante du corps propre ; la conséquence directe pour le vécu de l'enfant est de réduire la possibilité de vivre un sentiment d'identité solide et sécurisant.

Pour Condat (2011), le langage et les processus identitaires sont liés et sont susceptibles d'expliquer l'étiologie du TDAH. En effet, ne pouvant s'identifier comme des sujets parlants, ces enfants se trouvent incapables de soutenir le rapport au manque symbolique. L'Autre ne pouvant tolérer la perte ou le manque, il va au-devant de l'enfant et interprète ses actions. L'enfant ne peut pas s'identifier en tant que sujet manquant, car le rapport au manque doit être comblé de diverses manières ; stimulations de l'environnement (actions, sensations). L'enfant n'est pas en mesure de tolérer le manque ou l'absence à soi-même et jouit de toutes les stimulations internes et externes. Il apprend qu'il ne peut pas s'appuyer sur le manque symbolique et doit combler ce manque par diverses manières, dont l'agitation (la désymbolisation). Ceci se traduit par des mises en actes, tels que l'agitation et l'inattention. D'un point de vue clinique, ajoute-t-elle, la place du refoulement n'est pas visible au premier coup d'oeil, vu l'intolérance de ces enfants devant les demandes de se conformer à la « loi » ou de faire des apprentissages. Ainsi, même si ces enfants ont accès au langage, les processus de pensées tels que le refoulement ou la sublimation ne leur sont pas accessibles. Ce faisant, on peut y voir une défaillance dans la mise en place des processus d'identification et l'idéal du Moi :

Nous observons encore que dans sa relation aux adultes, l'enfant est dans une quête identificatoire avec un renversement de places : il parle fort, ordonne, menace, toise, se positionne telle une caricature de l'adulte en présence. Et en miroir de cette quête, il est comme « téléguidé par le regard de sa mère : elle le précède, elle ne le suit pas, il n'est qu'un mobile dans son regard. » (Bergès, 1995, 2010, cité par Farran, 2023, p. 90).

Dans le même ordre d'idées, Guilé (2011) voit un lien étroit entre les processus de pensée et les processus identitaires. Chez l'enfant TDAH, le fait de détourner son attention, de passer d'une tâche à l'autre se présente comme un défaut de l'intériorisation du manque, ce qui

amène un éparpillement de la pensée. Ceci affecte la construction de soi, la perception du corps en mouvement, la construction du Moi corporel et son investissement narcissique. L'incapacité de soutenir le manque, l'anxiété et les conflits internes se manifestent dans le rapport de l'enfant avec la réalité extérieure, notamment par l'attention ou l'instabilité cognitive.

Claudon (2006) mentionne une fragilité du sentiment de soi, notamment au travers d'une souffrance liée à une anxiété importante, lesquelles confirment à elles seules une souffrance psychique et une fragilité psychique chez les enfants TDAH. Ces enfants vivent une dysharmonie développementale où les mécanismes psychopathologiques sont actifs à plusieurs niveaux du fonctionnement psychologique. La souffrance psychologique est certaine, dans ces conditions. Des signes d'allure anxio-dépressive observés chez des enfants instables en consultation devraient nous conduire, eu égard au croisement des données issues des différents outils dans notre travail, à considérer ces enfants dans une souffrance psychique importante même si cette notion n'apparaît pas cliniquement de façon évidente. Car bien plus qu'une pathologie du comportement, l'instabilité de l'enfant serait un trouble du développement identitaire et de sa place dans la relation à l'autre. La perturbation de cette fonction majeure en voie de constitution qu'est la psychomotricité chez l'enfant explique en partie l'envahissement et la pérennisation du syndrome d'instabilité/hyperactivité, l'enjeu psychopathologique nous semble cerner la construction centrale de l'identité et, en elle, la qualité de la représentation de soi.

Pour Richelle (2017), l'étude de l'identité permet d'appréhender les fondements identificatoires (identifications primaires) et l'accès à la différence des sexes et des générations (identifications secondaires) en lien avec la bisexualité psychique. Cette démarche s'articule à l'analyse de la qualité du narcissisme et des limites sujet/objet qui détermine le rapport de l'enfant (TDAH) avec lui-même et face à l'entourage (Spécialiste). Elle permet ainsi, par l'étude de certains facteurs, de se saisir de ces questions et d'y apporter des réponses en termes de stabilité ou d'instabilité identitaire ou identificatoire, de fragilité ou de solidité narcissique, et de tenue, d'effritement ou d'éclatement des frontières corporelles et psychiques. Trois modalités permettent d'apprécier les processus identificatoires chez l'enfant : l'identité et l'identité sexuée.

Richelle (2017) associe étroitement l'identité au processus de séparation-individuation, qui permet à l'enfant de se reconnaître comme une personne entière et intègre, différente de l'autre et pouvant accéder à une relation d'altérité. La notion d'identité fait également référence

à la représentation de soi qui concerne à la fois l'image de soi et la perception de soi face aux autres. Au Rorschach, la qualité de l'identité et des capacités d'identifications est plus élaborée lorsqu'il s'agit d'être humain que lorsqu'il s'agit d'animaux ou de réponses botaniques qui renvoient à un aspect plus régressif ou immature. Un second processus dans la construction identificatoire se met en place au moment de la période oedipienne avec la reconnaissance de sexes et des générations qui amène l'individu à se reconnaître dans une appartenance masculine ou féminine. Selon elle, cette capacité va transparaître à travers la sensibilité du sujet aux caractères phalliques (IV, VI) ou féminines (II, VII et IX) du contenu manifeste. Un deuxième indice consiste à préciser le genre des personnages perçus dans la tâche.

Cinquièmement, l'absence de représentations de relations est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Le rouge aux planches de Rorschach vient solliciter les enfants TDAH dans leurs modalités de gestion pulsionnelle et génère chez eux une angoisse face à la sexualité. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme de répression. Ces enfants éprouvent des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'ils se situent dans un contexte sexualisé. La persistance de son trouble entrave les mécanismes d'identité, d'identification et de relation à autrui.

Selon Richelle (2017), les représentations de relations sont favorisées par le caractère bi-latéral de certaines planches (II, III et VII). Celle-ci peut être objectale où la relation à l'autre se traduit par la perception de deux personnages ou animaux signant une bonne différenciation entre le soi et l'autre, la capacité d'identification et la prise en compte de l'altérité. Selon elle, la relation d'objet peut être marquée par des mouvements pulsionnels agressifs ou libidinaux plus ou moins bien assumés. La prise en compte de l'autre peut par contre s'avérer défailante, la relation d'objet n'a pu s'élaborer suffisamment dans la différenciation et l'interrelation, il s'agit alors d'un « trouble narcissique identitaire » (Roussillon, 2007, cité par Claudon, 2006, p. 121) où le processus de séparation-individuation a connu des avatars et entraîne à certains moments un repli sur soi. D'autres failles dans la structuration de l'identité, de la différenciation entre le soi et l'autre, du processus de séparation-individuation ont pu bloquer les processus identificatoires et déboucher sur la mise en place de relations d'objet partiel. L'autre n'est plus perçu dans son intégralité, les fixations pré-génitales ne permettant pas à l'abord de l'autre dans son altérité. La relation à l'autre peut se réduire à l'investissement d'une partie du corps menant à une satisfaction pulsionnelle archaïque, ce que l'on peut observer notamment dans les aménagements pervers.

Sixièmement, la rigidité du cadre thérapeutique est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. L'enfant TDAH est présent où il n'est attendu et absent où il est attendu. Il bouge ou parle quand il n'est pas supposé le faire. Il est souvent parti de là où il devait s'asseoir et ce quand il n'était pas supposé se déplacer. Il est souvent en train de courir ou grimper sur quelque chose quand il n'était pas supposé le faire, donne les réponses avant que quelqu'un ait fini de poser les questions. Il est en difficulté pour attendre son tour, coupe la parole, interrompt les activités des autres et se mêle des affaires qui ne sont pas les siennes. L'enfant n'est pas là où il est attendu, ni dans l'espace, ni dans le temps, ni dans la relation. Il va là où il ne devrait pas, parle quand il devrait se taire, se mêle de ce qui ne le regarde pas. Il n'est pas en mesure de s'identifier à une place qui est vide, libre pour lui dans la société, dans sa famille, dans le discours de ses parents. Il est ailleurs, hors champ de la relation, hors sens (Condat, 2011).

Face aux différentes particularités de l'enfant TDAH, il est nécessaire que le cadre de la prise en charge soit accueillant afin de faciliter ses capacités de symbolisation. L'enfant TDAH vient au centre d'accueil avec une réalité, laquelle représente son monde fantôme, son méta-Moi. Le spécialiste est invité à comprendre d'abord, puis d'intégrer cette réalité qu'apporte l'enfant TDAH dans le cadre, lequel constitue son méta-Moi, parce que c'est à partir de là que son Moi va se développer. Le fait d'accepter ce « méta-Moi » de l'enfant TDAH ne signifie pas qu'il doive abandonner son propre cadre, car il est le seul moyen dont il dispose pour analyser le processus et pour transformer le cadre qui lui est proposé en vue de son développement (Bleger, 1979).

Ce résultat confirme la théorie du cadre de Bleger (1979) pour qui, le cadre est le lieu d'expression des désirs, des fantasmes, des demandes, des angoisses tant de la part du spécialiste que de l'enfant TDAH. Selon lui, le cadre joue un rôle important dans le devenir de l'enfant et doit être considéré comme une institution en elle-même. En tant que tel, il cesse d'être un simple « setting » (Winnicott, 1957) mais devient un processus, le récepteur de la symbiose avec la mère, symbiose qui permet à l'enfant, et donc à l'enfant TDAH de développer son Moi. Il agit comme support, comme étau. Ne pas prendre en compte le monde fantôme dans la prise en charge est une erreur. Pour Bleger (1979), aussi bien que le cadre n'est pas respecté, c'est-à-dire que les règles, les normes ne sont pas respectées, il n'y a pas de problème pour le patient, car ce dernier trouve un terrain propice pour la répétition de son « monde fantôme ». Mais dès lors qu'il est respecté, la « non-répétition » met à jour l'élément le plus stable et le

plus permanent de sa personnalité, le « monde fantôme » (p. 279). Selon lui, le transfert illusoire ou la partie psychotique de sa personnalité est un non-Moi qui constitue la toile de fond de son Moi et de son identité. Ce n'est qu'à partir de la « non-satisfaction » de ce « monde fantôme » que le patient peut percevoir que le cadre est différent du sien et que, avant même cette « non-satisfaction », son « monde fantôme » existait déjà. Que ce soit dans l'analyse, dans la famille, ou au sein de n'importe quelle institution, le développement du Moi dépend de l'immuabilité du non-Moi. C'est de ce « méta-Moi » que dépend la possibilité de la formation et du maintien du Moi. L'identité dépend de la manière de gérer ou de maintenir le non-Moi.

L'institution thérapeutique peut être aussi envisagée sous l'angle de la fonction alpha, telle qu'a énoncée Bion (1961) à travers sa théorie sur l'origine de la pensée et ses déterminants. Selon lui, une suffisante capacité à tolérer la frustration, associée à une aptitude de la mère à la rêverie conditionne le développement des mécanismes et de l'appareil à penser. Il implique après la naissance, la continuité du lien entre les partenaires au-delà de la satisfaction des besoins alimentaires. Pour lui, la dyade se situe dans le cadre d'une relation contenant-contenu faisant reposer sur la mère (l'institution thérapeutique) une fonction primordiale de psychisation du réel ou de réorganisation du vécu en réponse au chaos que vit l'enfant. Nkelzok Komtsindi attire déjà l'attention sur le caractère rigide de certaines institutions qu'il qualifie d'organisation humaine lorsqu'il affirme :

les comportements des individus et les conduites humaines devraient être envisagés simultanément dans leurs dimensions personnelle et singulière, relationnelle, institutionnelle voire sociétale et d'autant plus que l'individu est confronté à une combinaison hétérogène de différents déterminismes et de plusieurs logiques d'actions entre lesquels il doit défendre et définir sa liberté (Nkelzok Komtsindi, 2015, p. 5).

Nkelzok Komtsindi (2015) tente ainsi de mettre en exergue l'influence que peut avoir toute organisation sur le comportement individuel. Selon lui, le fonctionnement organisationnel aura une influence sur le comportement humain au sein de l'organisation.

De manière générale, cette recherche est particulière qu'elle aborde la problématique de la désymbolisation chez les enfants TDAH dans une approche compréhensive en se basant à la fois sur les discours des informateurs et sur les données issues de l'épreuve projective du

Rorschach chez les enfants TDAH. Toutefois, il est important de souligner quelques écueils de cette recherche qui à coup sûr, amélioreraient les prochains résultats obtenus. Premièrement, les données ont été collectées auprès de quelques enfants TDAH du CNRPH et non auprès de tous les enfants TDAH de l'institution thérapeutique. Deuxièmement la recherche a utilisé le Rorschach, le guide d'entretien comme outils de collecte de ces données alors qu'il y a sûrement une dimension anthropologique de cette problématique qui ne peut mieux être mise en évidence qu'à partir d'une observation participante. Troisièmement, la mise à l'écart des parents, principaux informateurs, revêt une limite en ce sens que chaque parent a sa représentation de ce qui arrive à son enfant. Quatrièmement, Roussillon (1997) estime que les dispositifs projectifs du TAT et du Rorschach, en sollicitant un processus de symbolisation progressif peuvent permettre le repérage des ces différents niveaux de symbolisation. Toutefois, précise-t-il, le dispositif du Rorschach permet spécifiquement d'aborder les processus de la symbolisation primaire compte tenu de sa faible pré-organisation perceptive. Par contre le TAT vise, quant à lui, des processus plus secondarisés. Il semble donc important d'associer au test de Rorschach le TAT si l'on veut apporter un éclairage à propos des processus de symbolisation chez ces enfants. La considération de ces résultats permet de suggérer quelques pistes de réflexion sur les plans théorique et empirique.

7.5. IMPLICATIONS DE L'ETUDE

Un travail de recherche en sciences humaines et sociales est susceptible d'apporter trois types de connaissances ou implications (Van Campenhoudt & Quivy, 2011) : de nouvelles connaissances relatives à l'objet d'étude, de nouvelles connaissances théoriques et de nouvelles connaissances relatives à la pratique.

7.5.1. Implications empiriques de l'étude

Cette étude a permis d'enranger de nouvelles connaissances sur le phénomène étudié à savoir la désymbolisation chez les enfants TDAH. En effet, la recherche a permis de mieux connaître cet objet d'étude. Ces connaissances nouvelles ont une double nature. D'une part, elles s'ajoutent aux connaissances antérieures relatives à l'objet d'étude. En effet, les travaux antérieurs sur la désymbolisation des enfants TDAH mettent en exergue plusieurs facteurs. Pour Delisle (2010), le recours à la désymbolisation implique un défaut de symbolisation, voire une faillite des processus de symbolisation. La relation entre l'agir et la représentation de soi est également souvent mise en avant et les recherches semblent montrer que les enfants TDAH vivraient une représentation de soi altérée et peu sécurisante. Les liens entre l'agir, processus

de symbolisation et représentation de soi ont été également mis en avant et les résultats indiquent que les enfants TDAH semblent souffrir de carences importantes dans le processus de symbolisation : ils ne parviennent que difficilement à élaborer les excitations et doivent recourir à l'agir (Claudon, 2006).

D'autre part, cette nuance ces connaissances qui ne prenaient pas en compte la fonction du cadre, notamment à travers le processus de subjectivation (Kaës, 2014) en lien avec les capacités de symbolisation chez les enfants TDAH. Pourtant, au sein de la famille, de l'institution, l'enfant TDAH est vécu comme un intrus inquiétant, un étranger. Il est source de blessures narcissiques, de déceptions et de souffrances infligées aux rêves de désir irréalisés de ses parents et met ainsi à l'épreuve leurs capacités dans son processus de subjectivation. Pour Kaës (2014), l'enfant ne peut advenir comme sujet que pour avoir d'abord été rêvé par ses parents comme leur prolongement narcissique. Ne pas considérer la dimension filiative dans la prise en charge institutionnelle de l'enfant TDAH apparaît comme un leurre, une illusion. Selon cet auteur, tout changement dans le rapport du sujet à l'ensemble, toute appartenance ultérieure, toute nouvelle adhésion à un groupe remet en cause, et dans certains cas en travail, les enjeux de ses contrats narcissiques.

7.5.2. Implications théoriques de l'étude

Pour approfondir notre connaissance dans le domaine de la symbolisation chez les enfants TDAH, nous avons défini une problématique et avons élaboré une méthodologie conséquente. Au fil de notre travail, non seulement les facteurs rendant compte des capacités de désymbolisation se sont progressivement dévoilés mais, en même temps, la pertinence de la problématique a été mise à l'épreuve. L'analyse des résultats a permis de recenser plusieurs facteurs de risque institutionnels qui oeuvrent à la désymbolisation chez les enfants TDAH.

La possibilité qu'une nouvelle recherche soit menée est indispensable. Elle pourrait s'intéresser davantage à la dimension structurelle de l'enfant TDAH. En effet, tout porte à croire, au regard des résultats obtenus au Rorschach que la structure de personnalité de ces enfants serait un facteur de risque. En dehors de Mfoundi qui a un TRI coarté, tous les quatre autres enfants TDAH sont de résonance extratensive. La violence semble ainsi être substantielle à la vie institutionnelle, en tant qu'elle procède de la légalité réclamant aux personnel et enfants TDAH de renoncer à la satisfaction de leurs pulsions et qu'elle est à même, ce faisant, de rallumer les combats entre les égaux et de favoriser le désir de transgression des interdits. Cette

violence interagirait avec le type de résonance de ces enfants et amplifierait leur capacité de désymbolisation.

7.5.3. Implications pratique de l'étude

Comme le mentionne Roskam (2021), le comportement de l'enfant TDAH peut trouver son origine dans des problématiques diverses qui seront traitées par les psychologues cliniciens. Ainsi, nous proposons que la prise en charge des enfants TDAH soit multimodale et repose sur trois principes fondamentaux (Mikolajczack & Roskam, 2021) à savoir : cibler les facteurs de risque à traiter, prendre soin de l'enfant et du parent et enfin, former une équipe. Le traitement des troubles du comportement s'appuie sur le modèle de l'étiologie que Mikolajczack et Roskam (2021) ont représenté comme un iceberg. Selon elles, pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements externalisés, il faut traiter les facteurs de risque identifiés dans la partie immergée de l'iceberg. Chez les enfants TDAH qui présentent des troubles du comportement intenses et fréquents et donc chez ceux qui consultent, on peut souvent identifier au moins trois facteurs de risque. Il ne serait pas bénéfique ni pour l'enfant ni pour sa famille qu'on organise en même temps des prises en charge avec un orthophoniste, un psychologue, un psychomotricien, un neuropsychologue, etc. Il faut se rappeler que tout traitement a un coût non seulement financier, mais aussi physique et émotionnel.

Au niveau financier, les traitements ne sont pas remboursés. Au niveau physique, les traitements engendrent de la fatigue pour l'enfant et pour ses proches qui doivent s'organiser, organiser leur emploi de temps pour l'accompagner en consultation. Au niveau émotionnel, les traitements impliquent des changements comportementaux, des ajustements relationnels et systémiques entre l'enfant et ses parents, dans la fratrie et entre les deux parents. Et souvent aussi des ajustements dans la relation entre la famille et l'école. Il est donc nécessaire de mettre des priorités et de ne pas surcharger l'enfant et son entourage.

Lorsque nous rencontrons un enfant avec des troubles du comportement, il semble évident que le traitement implique d'accompagner l'enfant, mais aussi ses parents, surtout si l'enfant est très jeune (Mikolajczack & Roskam, 2021). Nous savons qu'une diminution de la fréquence et de l'intensité des comportements externalisés ne peut se faire sans un certain engagement de la part des parents. Mais à quelles fins travaillons-nous avec les parents ? Pour recueillir des informations utiles au diagnostic et à la prise en charge de l'enfant, pour améliorer leur pratique éducative afin qu'elle ne constitue plus un facteur de risque ou bien nous voulons que les parents s'inspirent de notre pratique professionnelle et prolongent ainsi des effets

thérapeutiques à la maison. C'est notamment ce qui se fait dans des ateliers pour parents d'enfant hyperactif quand on leur enseigne comment accompagner l'enfant lors de leur devoir, comment favoriser son attention en supprimant les distracteurs inutiles ou en fractionnant le temps en plus petites périodes de travail.

Quand on demande à un parent de prendre une posture presque thérapeutique à la maison et/ou de modifier en profondeur ses propres pratiques éducatives, on leur demande beaucoup et parfois trop. Le risque est que ces parents s'épuisent, se désengagent et s'effondrent. En tant que soignant, éducateur ou pédagogue, ce n'est évidemment pas ce que nous cherchons. Et c'est pourtant un risque dont nous ne sommes pas toujours conscients parce que nous nous centrons exclusivement sur le besoin, l'adaptation et le bien-être de l'enfant. Mais le parent est une personne aussi et chaque parent mérite notre bienveillance au même titre que l'enfant. En outre, l'enfant a besoin que ses parents restent à ses côtés. Et nous avons besoin des parents pour accompagner l'enfant. Il est donc primordial de prendre soin de l'enfant et du parent qui forment une dyade indissociable.

Nous avons notamment attiré votre attention sur l'origine culturelle des parents et sur la manière dont ceux-ci comprennent les difficultés comportementales de leur enfant ; à quoi ils les attribuent ; quels étaient leurs facteurs étiologiques. Ce sont de bons exemples d'attitudes qu'ils prennent soin des parents comme de l'enfant. En n'imposant pas notre modèle étiologique comme étant leur seule vérité possible, nous évitons de fragiliser l'entourage de l'enfant. Nous avons aussi insisté sur l'importance de relativiser la croyance du déterminisme parental. Le parent joue un rôle important dans le développement de l'enfant mais il y a bien d'autres facteurs à l'œuvre.

Beaucoup de parents dont les enfants présentent les troubles du comportement, et donc le TDAH, ont tendance à s'isoler. Il y a plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, la croyance très forte du déterminisme parental amène l'entourage à penser qu'ils éduquent mal leur enfant. Le regard et le jugement des autres est souvent difficile à supporter. Alors pour éviter les critiques, ils restent chez eux à l'abri des regards et de ces jugements. Ensuite, gérer un enfant qui externalise son comportement n'est ni simple ni de tout repos : aller chez des amis, participer à des réunions de famille, aller au restaurant, faire une sortie en compagnie de l'enfant, c'est beaucoup de stress. Les parents savent qu'ils auront à le surveiller en permanence, à gérer son agitation ou de potentielles crises. Et puis certaines pratiques éducatives que les parents utilisent à la maison pour canaliser l'enfant, comme la mise à l'écart, ne sont pas toujours transposables

dans d'autres lieux. Enfin, les enfants qui sont dans la provocation profitent parfois d'être en présence d'autres personnes pour externaliser encore plus leur comportement parce que, exposés au regard d'autrui, les parents se trouvent en situation de faiblesse.

En plus, cet isolement, le fait que les parents évaluent les comportements de l'enfant de manière différente de l'enseignant ou d'autres professionnels, induit l'incompréhension mutuelle entre les adultes qui s'occupent de l'enfant. Par exemple, les enseignants considèrent que les parents minimisent les problèmes de leur enfant. De leur côté, les parents pensent que l'enseignant a pris leur enfant en griffe. Ou, à l'inverse, les parents sont terriblement inquiets du comportement de leur enfant et le professionnel à qui ils expliquent la situation normalise en disant que tous les enfants de cet âge ont tendance à agir comme cela. Or, l'isolement et le désaccord autour de l'enfant n'aident pas. On sait au contraire qu'une manière d'optimiser le traitement, c'est de s'assurer que les outils utilisés, les attitudes éducatives, les demandes adressées à l'enfant soient cohérentes entre tous les milieux de développement. Par exemple, si les outils sont utilisés pour favoriser l'attention de l'enfant, leur efficacité sera meilleure s'ils sont utilisés à l'école et à la maison. Si des demandes d'autonomie sont faites à l'enfant au moment du coucher, elles seront plus efficaces si le père et la mère les adressent tous deux à l'enfant ; si le visiteur et les grands-parents en font de même.

Former une équipe autour de l'enfant TDAH, c'est aussi l'entourer de tiers qui forment une sorte de cordon de sécurité pour contenir les débordements comportementaux qu'il ne parvient pas à réguler et qui entravent son fonctionnement familial, scolaire et social. La fonction de tiers, c'est de valider le cadre et les limites de ce cadre. Cette mise en sécurité par la présence d'adultes fermes et bienveillants autour de l'enfant, est fondamentale pour les enfants qui externalisent leurs comportements.

Plus les personnes qui entourent l'enfant, seront d'accord sur les difficultés de l'enfant, le cadre à lui proposer et les moyens à mettre en œuvre, et plus l'enfant répétera les expériences cohérentes de sécurité, et plus les comportements externalisés vont diminuer en fréquence et en intensité. Le tiers qui valide le cadre, c'est par exemple la mère qui arrive à la maison, trouve l'enfant puni par son père pour avoir tiré les cheveux de sa sœur, et s'adresse à l'enfant en disant que faire du mal à autrui est inacceptable et que la punition est là pour lui rappeler qu'il a franchi une limite que ni elle ni son père ne tolère.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce travail répondait à la question de recherche suivante : « Quels sont les facteurs institutionnels qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé-Yaoundé ? ». En effet, au cours de notre stage de perfectionnement dans ledit centre, nous avons observé que les enfants TDAH sont présents où on ne les attend pas et absents où ils sont attendus. Ils bougent beaucoup, grimpent partout sur les meubles, n'attendent pas son tour, coupent la parole, répondent à la question avant qu'elle ne soit entièrement posée, interrompent les activités des autres et se mêlent des affaires qui ne sont pas les leurs. Ils s'absentent psychiquement de ce qu'ils étaient en train de faire, et ce y compris lorsqu'ils en étaient à l'initiative. Ils perdent leurs objets comme leurs projets, oublient, s'oublient, leurs performances scolaires sont faibles. Au sein du centre, ils sont assimilés à des incassables parce qu'ils semblent incapables d'intégrer les règles ou de répondre à ses attentes.

À la suite de cette revue de la littérature, nous avons fait un certain nombre de constats : au sein du CNRPH, c'est le premier modèle qui est resté appliqué. Les spécialistes recherchant l'adaptation de l'enfant atypique au modèle idéal. Ils cherchent à normaliser le non-conforme pour qu'il soit conforme à l'idéal type. Les enfants TDAH sont assimilés à des « incassables » parce qu'ils éprouvent de la difficulté d'en intégrer les normes et de répondre à ses attentes. Ils ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge appropriée à leurs symptômes. Très peu de considérations sont faites tant sur l'origine multifactorielle du trouble, sur l'implication des parents que la formation de l'équipe qui doit intégrer leur prise en charge. La prise en charge qui y est faite est centrée exclusivement sur les centres d'intérêt d'enfants TDAH et ne tient pas compte de l'origine multifactorielle de ce trouble. Lorsqu'on en vient à impliquer les parents, c'est uniquement pour fournir les informations nécessaires au bien-être de leurs enfants, leur propre bien-être n'étant pas important et le protocole de prise en charge utilisée ne répond pas vraiment pas aux besoins et aux spécificités des enfants TDAH, ce qui finit par les fragiliser. Ce modèle expose donc les thérapeutes et la famille à un double piège : celui de faire pour faire. Parce que l'enfant reste incassable, cela induit l'angoisse de faire et donne lieu à la culpabilité.

Selon Bleger (1979), le développement du Moi du patient dans une situation thérapeutique dépend de l'immuabilité du son non-Moi. En d'autres termes, la réussite de la prise en charge d'un trouble repose sur la prise en compte des facteurs de risque, de risques associés. D'où la question Générale (QG) de recherche suivante : « Quels sont les facteurs institutionnels qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? » De manière plus spécifique, la

question Générale de recherche s'est déclinée en trois questions spécifiques de recherche suivantes :

QS1 « Quels sont les facteurs institutionnels qui participent à la pauvreté des processus de pensée et au désinvestissement de l'intelligence des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? ».

QS2 : « Quels sont les facteurs institutionnels qui participent à la faiblesse de la dynamique affective des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? »

QS3 : « Quels sont les facteurs institutionnels qui participent à la baisse des facteurs de socialisation et du rapport au réel des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ? ».

Pour répondre à cette question, nous avons formulé l'Hypothèse Générale (**HG**) de recherche suivante : « Les manquements observés au sein de l'institution thérapeutique sont des facteurs qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».

De cette hypothèse générale ont découlé trois Hypothèses de Recherche (HR) à savoir :

HR1 : « Le mode de fonctionnement institutionnels est un facteur qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».

HR2 : « Les stratégies de prise en charge institutionnelles sont un facteur qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».

HR3 : « La rigidité du cadre thérapeutique institutionnel est un facteur qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».

L'objectif général de cette étude est de : « explorer les facteurs institutionnels qui participent à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ». Cet objectif général se décline en plusieurs objectifs spécifiques à savoir :

OS1 : « explorer les facteurs institutionnels qui participent à la pauvreté des processus de pensée et au désinvestissement de l'intelligence des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé».

OS2 : « explorer les facteurs institutionnels qui participent à la faiblesse de la dynamique affective des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé »

OS3 : « explorer les facteurs institutionnels qui participent à la baisse des facteurs de socialisation et du rapport au réel des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé ».

Afin d'éprouver ces hypothèses, la recherche s'est appuyée sur un paradigme exploratoire avec un devis qualitatif. Le choix de la recherche qualitative est pertinent dans le cas de cette étude, car elle accorde une place prépondérante au point de vue des acteurs impliqués dans l'accompagnement des enfants TDAH. L'approche d'étude de cas a semblé plus appropriée dans le cadre de ce travail. Le site choisi pour cette étude a été le Centre National de Réhabilitation des personnes Handicapées (CNRPH) et plus particulièrement l'école inclusive. Créé en 1978, ce centre œuvre dans la prise en charge globale de toutes les catégories de personnes handicapées. Il est situé dans la région du Centre, précisément à la périphérie Ouest de la ville de Yaoundé, département du Mfoundi, arrondissement de Yaoundé VIe, quartier Etoug-Ebe, considéré comme siège.

Les participants à cette étude étaient cinq (05) enfants TDAH de l'école inclusive, âgés de 7 à 10 ans et deux (02) éducateurs spécialisés qui accompagnent ces enfants au quotidien. Il s'agit de Benoué, Diamaré, Kadéi, Menoua et Mfoundi âgés de 09, 10, 09, 09 et 10 ans respectivement. Le principal critère d'inclusion des participants enfants TDAH était d'avoir reçu un récent diagnostic psychiatrique (moins d'un an) de Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) de type hyperactivité/impulsivité prédominante ou de type mixte, selon le DSM IV (APA, 2000), sans comorbidité associée. Le recrutement s'est réalisé grâce à la collaboration de la psychologue dudit Centre. L'échelle de Conners (2008) dans ses deux versions parents-enseignants a été passée à 12 enfants TDAH de l'école inclusive qui répondaient aux critères d'hyperactivité décrits précédemment et à l'issue, 05 enfants présentant un score $\geq 1,5$ ont été retenus. Quant aux participants spécialistes, l'entretien préliminaire mené avec eux avait permis de sélectionner ceux qui s'occupaient directement des enfants TDAH.

Les données ont été récoltées à l'aide du test de Rorschach et de l'entretien clinique respectivement auprès des enfants TDAH et des informateurs. Les entretiens organisés sur la base d'un guide d'entretien et portant sur le mode de fonctionnement institutionnel étaient traités à l'aide de l'analyse de contenu thématique et celles issues de l'épreuve de Rorschach par l'approche de Nina Rausch de Trautenberg, actualisée par la démarche d'interprétation de Chabert et al. (2020). Nous avons choisi le test de Rorschach parce que travaillant en institution (école inclusive) qui assure aussi les fonctions métapsychiques, garant de la stabilité du fonctionnement psychique de l'individu. En plus, plus qu'il s'agit de la désymbolisation, le Rorschach apparaît très indiqué du fait qu'il évalue les capacités de symbolisation de l'enfant sur les trois plans : cognitif, affectif et social. Cet instrument va donc compléter les entretiens afin d'affiner les analyses.

Les résultats de cette étude ont pu mettre en exergue les indices permettant d'évaluer la désymbolisation chez ces cinq sujets. Les analyses des protocoles de Rorschach ont permis de mettre en avant certains de ces indices de manière plus concrète. Il apparaît que le processus de symbolisation des participants semble périlleux, fortement mis à mal dans la situation projective. Ils ne peuvent s'en servir pour élaborer les excitations internes et externes qui les assaillent, ils n'ont de choix que de recourir aux agirs verbaux et non verbaux importants. Quant aux facteurs institutionnels, les résultats suivants ont été obtenus :

L'excès d'interdits institutionnels est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Le TDAH a un impact considérable sur la vie de l'enfant. En général, les capacités attentionnelles de l'enfant atteint de trouble sont limitées, et ce, à différents niveaux (attention soutenue et divisée, capacité de distraction). L'enfant TDAH a d'énormes difficultés à soutenir son attention, à organiser son travail, à intégrer les routines et est constamment distrait par les stimulations environnantes. Il a de la difficulté à écouter les consignes et à contenir ses mouvements et a des réactions émotionnelles, parfois très vives suite à des frustrations (Gaudreault, 2010). Sur les plans social et émotionnel, l'enfant TDAH a beaucoup de problèmes du fait de son faible niveau de tolérance à la frustration. Ce qui entraîne souvent de l'agressivité. Par rapport à l'enfant dit normal, l'enfant TDAH vit plus d'expériences hostiles dans ses relations sociales, de rejet des pairs et a de la difficulté à se faire accepter par leurs enseignants. Il manque d'estime de soi du fait que son entourage, suite à ses comportements perturbateurs, lui renvoie une image négative de lui. Dès lors, il apprend très vite qu'il est différent des autres. L'enfant TDAH présente également une fragilité au niveau de l'identité et de la représentation interne. Il

est nécessaire de lui offrir un « étayage concret » au sein d'un investissement relationnel (Gaudreault, 2010, p. 66). Ne pas prendre en compte ces particularités constitue une sorte de violence à l'endroit de cet enfant qui ne traite pas les informations de la même manière que les autres.

Ce résultat va dans le sens des travaux de Kaës (2019) sur le fonctionnement institutionnel. Selon lui, l'institution génère des excès d'interdits qui remettent en cause le processus de subjectivation qui est un préalable à sa symbolisation. Kaës (2019) voit dans l'institution un arrière-fond de la vie psychique dans lequel peuvent être déposées et contenues certaines des parties de la psyché qui échappent à la réalité psychique. Pour Freud (1912), ces institutions sont des lieux qui favorisent l'émergence de la violence, une violence légale dont une des modalités l'interdit. Cet interdit, cette violence, structurante pour l'institution, met ces enfants dans des situations de tensions, de conflit entre les membres de l'institution et eux. En tant que système culturel de par les normes et les valeurs qu'elles promeuvent, ces institutions modèlent ainsi la conduite du personnel auprès des enfants TDAH.

La prise en charge centrée uniquement sur les symptômes est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Comprendre ce qui se passe pour l'enfant TDAH est fondamental si on veut l'accompagner, si on veut réduire son hyperactivité et/ou son impulsivité. La compréhension d'un trouble s'appuie sur des modèles étiologiques qui rendent compte des causes possibles d'une maladie ou d'un trouble. Le TDAH est multifactoriel, c'est-à-dire qu'il résulte de la combinaison de plusieurs facteurs de risque. Un facteur de risque n'est pas une cause. C'est un facteur qui, lorsqu'il est présent, augmente le risque de présenter une certaine conséquence. Augmenter le risque ne signifie pas que la conséquence se produit toujours ni avec la même intensité. Et l'augmentation du risque varie d'un individu à l'autre. Le premier facteur de risque est le tempérament de l'enfant, c'est-à-dire les bases biologiques de la personnalité. On parle donc de prédisposition génétique de la personnalité.

Ensuite, viennent les facteurs cognitifs, en particulier les fonctions exécutives et le traitement de l'information sociale. Les fonctions exécutives sont des fonctions cognitives qui interviennent chaque fois qu'on doit contrôler son comportement. En ce qui concerne le traitement de l'information sociale, il s'agit de la manière dont l'enfant comprend, interprète les comportements des autres et des situations sociales en générale. Le troisième facteur de risque est le langage. Au mieux l'enfant sait communiquer avec son entourage, au plus il

comprend ce qu'on lui dit et au plus il peut exprimer ses besoins, ses désirs et au moins il a tendance à externaliser son comportement. Les facteurs socioaffectifs sont aussi des facteurs à risque, en particulier les enfants qui présentent une insécurité d'attachement sont plus à risque de développer un trouble du comportement. Les difficultés à réguler ses émotions sont aussi des facteurs importants. Ils influencent les capacités de l'enfant à tolérer la frustration, à stabiliser son humeur. Enfin il reste les facteurs éducatifs. Ce sont sans doute ces facteurs qui sont le plus souvent pointés du doigt comme étant la cause unique des troubles du comportement (Roskam, 2021).

Ce résultat va en droite ligne avec les travaux de Roskam (2021) pour qui le TDAH est multifactoriel et dont, pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements externalisés, il faut traiter les facteurs de risque identifiés. Chez un enfant TDAH qui consulte, on peut identifier au moins trois facteurs de risque. Cela signifie qu'un seul facteur de risque n'engendre pas à lui seul des troubles du comportement intenses ou fréquents pouvant faire l'objet d'un diagnostic ou d'un traitement. Pour comprendre ce qui se passe chez chaque enfant, c'est à travers un travail d'évaluation multidisciplinaire que l'on pourra identifier les facteurs de risque qui contribuent au trouble du comportement chez chaque enfant et ainsi, envisager comment l'accompagner, comment l'aider concrètement (Roskam, 2021).

Le fait de ne pas prendre soin du parent est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Les parents d'enfants TDAH présentent plus de difficultés d'ordre psychologique que les autres. De plus, les niveaux de stress et de détresse des parents d'enfants hyperactifs sont significativement plus élevés si on les compare à ceux des parents d'enfants ordinaires. Les mères d'enfants TDAH rapportent avoir un niveau de stress plus élevé que celui des mères d'enfants normaux (Gaudreault, 2010). Le stress vécu par les parents est associé aux caractéristiques de l'enfant tels que l'impulsivité, l'inattention, le degré de distractibilité, etc. et interagit avec les traits des parents tel leur sentiment dépressif, d'incompétence, d'isolement social, etc. Ainsi, les enfants présentant un TDAH peuvent créer une certaine détresse chez leur mère et augmentent leurs besoins d'aide en santé mentale (Fischer, 1990). Ces mères se perçoivent comme plus déprimées, moins compétentes, plus frustrée et isolées. Leur relation avec leur fils semble être moins valorisante et gratifiante. Chez les parents d'enfant TDAH, on remarque un niveau moins élevé de satisfaction conjugale (Fischer, 1990). Ils ont plus de discordes et de conflits conjugaux et ont tendance à blâmer leur enfant pour les problèmes familiaux.

Ce résultat confirme les travaux de Roskam (2021) sur l'importance de prendre soin de l'enfant et du parent. Selon elle, lorsqu'un enfant a le TDAH, il semble évident que le traitement implique d'accompagner l'enfant, mais aussi ses parents. Une diminution de la fréquence et de l'intensité des comportements externalisés ne peut se faire sans un certain engagement de la part des parents. Les parents fournissent les informations utiles au diagnostic et à la prise en charge de l'enfant. Les enfants TDAH sont des dévoreurs d'énergie et le restent pendant de longues années. Ils sont aussi souvent de sources de conflits dans le couple parental et dans la fratrie. Pour les parents, il y a donc un coût émotionnel à la fois chronique et très élevé, qu'il ne faut pas négliger. Ces parents s'épuisent, se désengagent et s'effondrent. Le parent mérite une bienveillance au même titre que l'enfant. En outre, l'enfant a besoin que ses parents restent à ses côtés. Et on a besoin des parents pour accompagner l'enfant. Il est donc primordial de prendre soin de l'enfant et du parent qui forment une dyade indissociable (Roskam, 2021).

La défaillance des processus identificatoires est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Chez les participants de cette étude, bien que l'identité de base soit stable, l'on note une atteinte de l'image du corps. Ils ne parviennent pas à se reconnaître comme appartenant à la race humaine. L'absence de sensibilité aux caractéristiques phalliques renseigne suffisamment sur les incapacités identificatoires secondaires des sujets. La capacité d'une représentation de soi intègre et entière est présente mais les processus identificatoires à l'être humain ne sont pas élaborés. Se positionner par rapport à l'autre et se confronter à la relation mobilise des processus de régression. On note une certaine fragilité au niveau des assises identitaires. L'image de soi est à certains moments mise à mal et dévalorisée.

Ce résultat confirme les travaux de Claudon (2006) pour qui les représentations de soi sont un préalable à la mentalisation chez les enfants TDAH. Selon lui, les caractéristiques de la représentation de soi des enfants TDAH montrent une fragilité double, celle des limites de l'objet et celle du sentiment de continuité de soi ; ce qui se traduit assez clairement aux épreuves projectives par la difficulté pour le moi infantile à constituer une représentation unifiée, continue et gratifiante du corps propre ; la conséquence directe pour le vécu de l'enfant est de réduire la possibilité de vivre un sentiment d'identité solide et sécurisant.

L'absence de représentations de relations est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Le rouge aux planches de Rorschach vient solliciter les enfants TDAH dans leurs

modalités de gestion pulsionnelle et génère chez eux une angoisse face à la sexualité. La réactivation de représentations de relations est angoissante et conduit à un mécanisme de répression. Ces enfants éprouvent des difficultés à établir une relation à l'autre lorsqu'ils se situent dans un contexte sexualisé. La persistance de son trouble entrave les mécanismes d'identité, d'identification et de relation à autrui.

Selon Richelle (2017), les représentations de relations sont favorisées par le caractère bi-latéral de certaines planches (II, III et VII). Celle-ci peut être objectale où la relation à l'autre se traduit par la perception de deux personnages ou animaux signant une bonne différenciation entre le soi et l'autre, la capacité d'identification et la prise en compte de l'altérité. Selon elle, la relation d'objet peut être marquée par des mouvements pulsionnels agressifs ou libidinaux plus ou moins bien assumés. La prise en compte de l'autre peut par contre s'avérer défailante, la relation d'objet n'a pu s'élaborer suffisamment dans la différenciation et l'interrelation, il s'agit alors d'un « trouble narcissique identitaire » (Roussillon, 2007, cité par Claudon, 2006, p. 121) où le processus de séparation-individuation a connu des avatars et entraîne à certains moments un repli sur soi. D'autres failles dans la structuration de l'identité, de la différenciation entre le soi et l'autre, du processus de séparation-individuation ont pu bloquer les processus identificatoires et déboucher sur la mise en place de relations d'objet partiel. L'autre n'est plus perçu dans son intégralité, les fixations prégénitales ne permettant pas à l'abord de l'autre dans son altérité. La relation à l'autre peut se réduire à l'investissement d'une partie du corps menant à une satisfaction pulsionnelle archaïque, ce que l'on peut observer notamment dans les aménagements pervers.

La rigidité du cadre thérapeutique est un facteur institutionnel qui participe à la désymbolisation des enfants TDAH du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. L'enfant TDAH est présent où il n'est attendu et absent où il est attendu. Il bouge ou parle quand il n'est pas supposé le faire. Il est souvent parti de là où il devait s'asseoir et ce quand il n'était pas supposé se déplacer. Il est souvent en train de courir ou grimper sur quelque chose quand il n'était pas supposé le faire, donne les réponses avant que quelqu'un ait fini de poser les questions. Il est en difficulté pour attendre son tour, coupe la parole, interrompt les activités des autres et se mêle des affaires qui ne sont pas les siennes. L'enfant n'est pas là où il est attendu, ni dans l'espace, ni dans le temps, ni dans la relation. Il va là où il ne devrait pas, parle quand il devrait se taire, se mêle de ce qui ne le regarde pas. Il n'est pas en mesure de s'identifier à une place qui est vide, libre pour lui dans la société, dans sa famille, dans le discours de ses parents. Il est ailleurs, hors champ de la relation, hors sens (Condat, 2011).

Ce résultat confirme la théorie du cadre de Bleger (1979) pour qui, le cadre est le lieu d'expression des désirs, des fantasmes, des demandes, des angoisses tant de la part du spécialiste que de l'enfant TDAH. Selon lui, le cadre joue un rôle important dans le devenir de l'enfant et doit être considéré comme une institution en elle-même. En tant que tel, il cesse d'être un simple « setting » (Winnicott, 1957) mais devient un processus, le récepteur de la symbiose avec la mère, symbiose qui permet à l'enfant, et donc à l'enfant TDAH de développer son Moi. Il agit comme support, comme étai. Ne pas prendre en compte le monde fantôme dans la prise en charge est une erreur. Pour Bleger (1979), aussi bien que le cadre n'est pas respecté, c'est-à-dire que les règles, les normes ne sont pas respectées, il n'y a pas de problème pour le patient, car ce dernier trouve un terrain propice pour la répétition de son « monde fantôme ». Mais dès lors qu'il est respecté, la « non-répétition » met à jour l'élément le plus stable et le plus permanent de sa personnalité, le « monde fantôme » (p. 279). Selon lui, le transfert illusoire ou la partie psychotique de sa personnalité est un non-Moi qui constitue la toile de fond de son Moi et de son identité. Ce n'est qu'à partir de la « non-satisfaction » de ce « monde fantôme » que le patient peut percevoir que le cadre est différent du sien et que, avant même cette « non-satisfaction », son « monde fantôme » existait déjà. Que ce soit dans l'analyse, dans la famille, ou au sein de n'importe quelle institution, le développement du Moi dépend de l'immuabilité du non-Moi. C'est de ce « méta-Moi » que dépend la possibilité de la formation et du maintien du Moi. L'identité dépend de la manière de gérer ou de maintenir le non-Moi.

En s'appuyant sur ces résultats, les implications peuvent se faire à deux niveaux : empirique et scientifique. Au niveau empirique, cette étude a permis d'engranger de nouvelles connaissances sur le phénomène étudié à savoir la désymbolisation chez les enfants TDAH. En effet, la recherche a permis de mieux connaître cet objet d'étude. Ces connaissances nouvelles ont une double nature. D'une part, elles s'ajoutent aux connaissances antérieures relatives à l'objet d'étude. En effet, les travaux antérieurs sur la désymbolisation des enfants TDAH mettent en exergue plusieurs facteurs. Pour Delisle (2010), le recours à la désymbolisation implique un défaut de symbolisation, voire une faillite des processus de symbolisation. La relation entre l'agir et la représentation de soi est également souvent mise en avant et les recherches semblent montrer que les enfants TDAH vivraient une représentation de soi altérée et peu sécurisante. Les liens entre l'agir, processus de symbolisation et représentation de soi ont été également mis en avant et les résultats indiquent que les enfants TDAH semblent souffrir de carences importantes dans le processus de symbolisation : ils ne parviennent que difficilement à élaborer les excitations et doivent recourir à l'agir (Claudon, 2006).

D'autre part, cette nuance ces connaissances qui ne prenaient pas en compte la fonction du cadre, notamment à travers le processus de subjectivation (Kaës, 2014) en lien avec les capacités de symbolisation chez les enfants TDAH. Pourtant, au sein de la famille, de l'institution, l'enfant TDAH est vécu comme un intrus inquiétant, un étranger. Il est source de blessures narcissiques, de déceptions et de souffrances infligées aux rêves de désir irréalisés de ses parents et met ainsi à l'épreuve leurs capacités dans son processus de subjectivation. Pour Kaës (2014), l'enfant ne peut advenir comme sujet que pour avoir d'abord été rêvé par ses parents comme leur prolongement narcissique. Ne pas considérer la dimension filiative dans la prise en charge institutionnelle de l'enfant TDAH apparaît comme un leurre, une illusion. Selon cet auteur, tout changement dans le rapport du sujet à l'ensemble, toute appartenance ultérieure, toute nouvelle adhésion à un groupe remet en cause, et dans certains cas en travail, les enjeux de ses contrats narcissiques.

Au niveau théorique, nous avons défini une problématique et avons élaboré une méthodologie conséquente. Au fil de notre travail, non seulement les facteurs rendant compte des capacités de désymbolisation se sont progressivement dévoilés mais, en même temps, la pertinence de la problématique a été mise à l'épreuve. L'analyse des résultats a permis de recenser plusieurs facteurs de risque institutionnels qui oeuvrent à la désymbolisation chez les enfants TDAH. La possibilité qu'une nouvelle recherche soit menée est indispensable. Elle pourrait s'intéresser davantage à la dimension structurelle de l'enfant TDAH. En effet, tout porte à croire, au regard des résultats obtenus au Rorschach que la structure de personnalité de ces enfants serait un facteur de risque. En dehors de Mfoundi qui a un TRI coarté, tous les quatre autres enfants TDAH sont de résonance extratensive. La violence semble ainsi être substantielle à la vie institutionnelle, en tant qu'elle procède de la légalité réclamant aux personnel et enfants TDAH de renoncer à la satisfaction de leurs pulsions et qu'elle est à même, ce faisant, de rallumer les combats entre les égaux et de favoriser le désir de transgression des interdits. Cette violence interagirait avec le type de résonance de ces enfants et amplifierait leur capacité de désymbolisation.

Au niveau pratique, comme le mentionne Roskam (2021), le comportement de l'enfant TDAH peut trouver son origine dans des problématiques diverses qui seront traitées par les psychologues cliniciens. Ainsi, nous proposons que la prise en charge des enfants TDAH soit multimodale et repose sur trois principes fondamentaux (Mikolajczack & Roskam, 2021) à savoir : cibler les facteurs de risque à traiter, prendre soin de l'enfant et du parent et enfin, former une équipe. Le traitement des troubles du comportement s'appuie sur le modèle de

l'étiologie que Mikolajczack et Roskam (2021) ont représenté comme un iceberg. Selon elles, pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements externalisés, il faut traiter les facteurs de risque identifiés dans la partie immergée de l'iceberg. Chez les enfants TDAH qui présentent des troubles du comportement intenses et fréquents et donc chez ceux qui consultent, on peut souvent identifier au moins trois facteurs de risque. Il ne serait pas bénéfique ni pour l'enfant ni pour sa famille qu'on organise en même temps des prises en charge avec un orthophoniste, un psychologue, un psychomotricien, un neuropsychologue, etc. Il faut se rappeler que tout traitement a un coût non seulement financier, mais aussi physique et émotionnel.

Au niveau financier, les traitements ne sont pas remboursés. Au niveau physique, les traitements engendrent de la fatigue pour l'enfant et pour ses proches qui doivent s'organiser, organiser leur emploi de temps pour l'accompagner en consultation. Au niveau émotionnel, les traitements impliquent des changements comportementaux, des ajustements relationnels et systémiques entre l'enfant et ses parents, dans la fratrie et entre les deux parents. Et souvent aussi des ajustements dans la relation entre la famille et l'école. Il est donc nécessaire de mettre des priorités et de ne pas surcharger l'enfant et son entourage.

Lorsque nous rencontrons un enfant avec des troubles du comportement, il semble évident que le traitement implique d'accompagner l'enfant, mais aussi ses parents, surtout si l'enfant est très jeune (Mikolajczack & Roskam, 2021). Nous savons qu'une diminution de la fréquence et de l'intensité des comportements externalisés ne peut se faire sans un certain engagement de la part des parents. Mais à quelles fins travaillons-nous avec les parents ? Pour recueillir des informations utiles au diagnostic et à la prise en charge de l'enfant, pour améliorer leur pratique éducative afin qu'elle ne constitue plus un facteur de risque ou bien nous voulons que les parents s'inspirent de notre pratique professionnelle et prolongent ainsi des effets thérapeutiques à la maison. C'est notamment ce qui se fait dans des ateliers pour parents d'enfant hyperactif quand on leur enseigne comment accompagner l'enfant lors de leur devoir, comment favoriser son attention en supprimant les distracteurs inutiles ou en fractionnant le temps en plus petites périodes de travail.

Quand on demande à un parent de prendre une posture presque thérapeutique à la maison et/ou de modifier en profondeur ses propres pratiques éducatives, on leur demande beaucoup et parfois trop. Le risque est que ces parents s'épuisent, se désengagent et s'effondrent. En tant que soignant, éducateur ou pédagogue, ce n'est évidemment pas ce que nous cherchons. Et c'est

pourtant un risque dont nous ne sommes pas toujours conscients parce que nous nous centrons exclusivement sur le besoin, l'adaptation et le bien-être de l'enfant. Mais le parent est une personne aussi et chaque parent mérite notre bienveillance au même titre que l'enfant. En outre, l'enfant a besoin que ses parents restent à ses côtés. Et nous avons besoin des parents pour accompagner l'enfant. Il est donc primordial de prendre soin de l'enfant et du parent qui forment une dyade indissociable.

Nous avons notamment attiré votre attention sur l'origine culturelle des parents et sur la manière dont ceux-ci comprennent les difficultés comportementales de leur enfant ; à quoi ils les attribuent ; quels étaient leurs facteurs étiologiques. Ce sont de bons exemples d'attitudes qu'ils prennent soin des parents comme de l'enfant. En n'imposant pas notre modèle étiologique comme étant leur seule vérité possible, nous évitons de fragiliser l'entourage de l'enfant. Nous avons aussi insisté sur l'importance de relativiser la croyance du déterminisme parental. Le parent joue un rôle important dans le développement de l'enfant mais il y a bien d'autres facteurs à l'œuvre.

Beaucoup de parents dont les enfants présentent les troubles du comportement, et donc le TDAH, ont tendance à s'isoler. Il y a plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, la croyance très forte du déterminisme parental amène l'entourage à penser qu'ils éduquent mal leur enfant. Le regard et le jugement des autres est souvent difficile à supporter. Alors pour éviter les critiques, ils restent chez eux à l'abri des regards et de ces jugements. Ensuite, gérer un enfant qui externalise son comportement n'est ni simple ni de tout repos : aller chez des amis, participer à des réunions de famille, aller au restaurant, faire une sortie en compagnie de l'enfant, c'est beaucoup de stress. Les parents savent qu'ils auront à le surveiller en permanence, à gérer son agitation ou de potentielles crises. Et puis certaines pratiques éducatives que les parents utilisent à la maison pour canaliser l'enfant, comme la mise à l'écart, ne sont pas toujours transposables dans d'autres lieux. Enfin, les enfants qui sont dans la provocation profitent parfois d'être en présence d'autres personnes pour externaliser encore plus leur comportement parce que, exposés au regard d'autrui, les parents se trouvent en situation de faiblesse.

En plus, cet isolement, le fait que les parents évaluent les comportements de l'enfant de manière différente de l'enseignant ou d'autres professionnels, induit l'incompréhension mutuelle entre les adultes qui s'occupent de l'enfant. Par exemple, les enseignants considèrent que les parents minimisent les problèmes de leur enfant. De leur côté, les parents pensent que l'enseignant a pris leur enfant en griffe. Ou, à l'inverse, les parents sont terriblement inquiets

du comportement de leur enfant et le professionnel à qui ils expliquent la situation normalise en disant que tous les enfants de cet âge ont tendance à agir comme cela. Or, l'isolement et le désaccord autour de l'enfant n'aident pas. On sait au contraire qu'une manière d'optimiser le traitement, c'est de s'assurer que les outils utilisés, les attitudes éducatives, les demandes adressées à l'enfant soient cohérentes entre tous les milieux de développement. Par exemple, si les outils sont utilisés pour favoriser l'attention de l'enfant, leur efficacité sera meilleure s'ils sont utilisés à l'école et à la maison. Si des demandes d'autonomie sont faites à l'enfant au moment du coucher, elles seront plus efficaces si le père et la mère les adressent tous deux à l'enfant ; si le visiteur et les grands-parents en font de même.

Former une équipe autour de l'enfant TDAH, c'est aussi l'entourer de tiers qui forment une sorte de cordon de sécurité pour contenir les débordements comportementaux qu'il ne parvient pas à réguler et qui entravent son fonctionnement familial, scolaire et social. La fonction de tiers, c'est de valider le cadre et les limites de ce cadre. Cette mise en sécurité par la présence d'adultes fermes et bienveillants autour de l'enfant, est fondamentale pour les enfants qui externalisent leurs comportements. Plus les personnes qui entourent l'enfant, seront d'accord sur les difficultés de l'enfant, le cadre à lui proposer et les moyens à mettre en œuvre, et plus l'enfant répétera les expériences cohérentes de sécurité, et plus les comportements externalisés vont diminuer en fréquence et en intensité. Le tiers qui valide le cadre, c'est par exemple la mère qui arrive à la maison, trouve l'enfant puni par son père pour avoir tiré les cheveux de sa sœur, et s'adresse à l'enfant en disant que faire du mal à autrui est inacceptable et que la punition est là pour lui rappeler qu'il a franchi une limite que ni elle ni son père ne tolère.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abou-Abdallah, T., Guilé, J. M., Menusier, C., Plaza, M., et Cohen, D. (2010). Corrélats cognitifs et relationnels associés aux troubles de l'attention avec/sans hyperactivité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58 (5), 293-297.
- Allen, J. G., et Fonagy, P. (2014). Mentalizing in psychotherapy. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & L. W. Roberts (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (6th ed., pp. 1095–1118). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allione, C. (2005). La part du rêve dans les institutions : régulation, supervision, analyse de pratique. *La versanne*, 1(25), 231-234.
- Alston, C. Y, Romney, D. M. (1992). À comparision of medicated and nonmedicated attention-deficit disordered hyperactive boys. *Acta Paedopsychiatr*, 55, 65-70.
- American Academy of Pediatrics. ([APA], 2000). *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales IV-TR (Textes Révisés)*. Masson.
- American Psychiatric Association. ([APA], 2000). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders IV-TR* (4e éd.). American Psychiatry Association.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.
- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71-82.
- André, F. (1986). *L'enfant « insuffisamment bon » en thérapie familiale psychanalytique*. Presse Universelle de Lyon.
- Anzieu, D. (1966). La dynamique des groupes [Groups dynamics]. *Bulletin de psychologie*, 19(19-20), 1164-1172.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod.
- Anzieu, D. (1987). Les signifiants formels et le moi-peau. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques* (D. Anzieu éd.), 1-22. Dunod.

- Aragona, M. (2013). Neopositivism and the DSM psychiatric classification. An epistemological history. Part 1 : theoretical comparison. *History of Psychiatry*, 24(2), 166-179. DOI : 10.1177/0957154X12450142.
- Athanassiou-Popescu, C. (2004). Les voies du contre-transfert : hyperactivité et défense maniaque. In J. Ménéchal (Eds.), *L'hyperactivité infantile, Débats et enjeux* (p. 67). Dunod.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Presses Universitaires de France.
- Azoulay, C et Verdon, B. (2020). *Manuel du Rorschach et du TAT-Intrprétation psychanalytique*. Dunod.
- Baliaba, S. P. (2014). *Surmoi et réinsertion sociale. Étude clinique du vécu du délinquant en situation carcérale à travers le test de Rorschach et une série d'entretiens*. [Thèse de Doctorat inédite]. Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun.
- Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents. Une pathologie de l'inachèvement*. Presses universitaires de France.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions : constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*, 121, 65-94.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. et Fletcher, K. (2006). Résultats chez les jeunes adultes des enfants hyperactifs : fonctionnement adaptatif dans les principales activités de la vie. *Journal de l'Académie américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 45, 192-202. <https://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2>
- Barkley, R.A. et Wilem, T.E. (2005). *Nouvelles avenues chez les enfants et les adolescents TDAH*. [Document du colloque]. Colloque sur le TDAH, Institut Philippe Pinel de Montréal, Montréal.
- Bartell, S. S. et Solanto, M. V. (1995). Usefulness of the Rorschach inkblot test in assessment of attention deficit hypertactivity disorder. *Percept Mot Skills*, 80 (2), 531-541. <https://doi.org/10.2466/pms.1995.80.2.53.1>
- Baumeister, R. F., Tice, D. M et Hutton, D. G. (1989). Motivation de présentation de soi et différences de personnalité dans l'estime de soi. *Journal de la personnalité*, 57, 547-579. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467->

- Bayroux Lefevre, D. (2011). *Retard diagnostique du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité en France : réalité et enjeux* [thèse de Doctorat, Université Victor Ségalen]. Bordeaux.
- Berger, M. (2014). *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique*. Dunod.
- Bergeret, J. (1986). *Psychologie pathologique, théorique et clinique* (4^e éd). Masson.
- Bergeret, J. (1990). *Clinique, théorique et technique. Les interrogations du psychanalyste*. Presses Universitaires de France.
- Bergeret, J. (1991). Etude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexion sur leur opérationnalisation au test de Rorschach. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 35 (1991), 45-66.
<https://doi.org/10/3406/clini.1991.958>
- Bergeret, J. (2014). *La violence fondamentale*. Dunod.
- Bergès, J. (1995). *Freud, la violence et la dépression*. Presses Universitaires de France.
- Bergès, J. (2010). Les enfants hyperkinétiques. Dans M. Bergès-Bouines et J. M. Forget (Eds.), *L'enfant insupportable, Instabilité motrice, hyperkinésie et trouble du comportement* (pp. 44, 55-56). Éditions Erès. (Communication 1995, publication originale 2005).
- Berquin, P. (2005). Le trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité : aspects neurofonctionnels. *Paediatrica*, 16 (6), 14-16.
- Billieux, J. (2012). Impulsivité et psychopathologie : une approche transdiagnostique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 17, 42-65.
- Bion, W. R. (1959). Attaques contre les liens. *Le Journal international de psychanalyse*, 40, 308-315.
- Bion, W. R. (1961). *Expériences en groupe et autres documents*. Tavistock Publication.
<https://doi.org/10.4324/9780203359075>
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Presses Universitaires de France.
- Bion, W. R. (1983). *Aux sources de l'expérience*. (F. Robert, Trad.) (5^e édition). Presses Universitaires de France.
- Blanchet, A. (1985). *L'entretien dans les sciences sociales*. Dunod.

- Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans *Crise, Rupture et dépassement* (pp. 255-285). Dunod.
- Bourdin, S., et Perez, E. (2010). *Programme d'entraînement aux processus temporels chez des enfants présentant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)*. [Mémoire de Master, Université de Toulouse]. Retrieved from <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Bourdin-Perez2010.pdf>
- Bovet Zaretti, C. (2007). Le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention chez l'enfant en âge scolaire : aspect conceptuel et dépistage en médecine générale : à propos d'une série d'observations à AIR [thèse de Doctorat, Université de Franche Comté]. Besançon.
- Bowlby, J. (1958). La nature du lien de l'enfant à sa mère. *Le Journal international de psychanalyse*, 39, 350-373.
- Britton, C. et al. (2010). Polysomnographic and subjective profiles of sleep continuity before and after mindfulness-based cognitive therapy in partially remitted depression. *Psychosom Med*, 72 (6), 539-548. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181dc1bad>
- Brook, U. et Boaz, M. (2005). Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) and Learning Disabilities (LD) : adolescents perspective. *Patient Educ Couns*, 58, 187-91.
- Brooks, A. W. et al. (2016). Correction : Phyllosymbiose : relations et effets fonctionnels des communautés microbiennes à travers l'histoire évolutive de l'hôte. *PLoS Biol*, 15 (1). <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1002587>
- Brouchoven, M-L. (2002). *L'accession de la Crimée et de la ville de Sébastopol à la Fédération de Russie*. [Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain]. <https://hdl.handle.net/2078./thesis:3308>
- Brunet, L. (1997). Adaptation de deux instruments de mesure de la symbolisation et comparaison entre des enfants psychotiques et non psychotiques. *Revue québécoise de psychologie*, 18 (1), 61-77.
- Bussing, R., Zima, B. T. et Perwien, A. R. (2000). Self-Esteem in Special Education Children With ADHD : Relationship to Disorder Characteristics and Medication Use. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*; 39 : 1260-1269.

- Caillies, S. (2023). Le langage pragmatique : un oublié de la cognition sociale. *Revue de neuropsychologie* 2(15), 81-86. DOI10.1684/nrp.2023.0756
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance ([CADDRA], 2014).
Diagnostic différentiel et troubles comorbides. Dans: Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. Markham.
http://caddra.ca/cms4/pdfs/fr_caddraGuidelines2011_chapter2.pdf
- Casoni, D et Brunet, L. (2003). Culpabilité, honte et dynamique criminelle. Au sujet des fonctions anti-pulsionnelles et anti-narcissiques du sur-moi. *Revue française de psychanalyse*, 5 (67), 1561-1565. <https://doi.org/10.3917/rfp.675.1561>
- Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique* (2e éd. Corrigée 1997). Dunod.
- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Dunod.
- Chabert, C. (2020). *Les belles espérances. Le transfert et l'attente*. Presses Universitaires de France.
- Chabert, C. et Verdon, B. (2011). *Psychologie clinique et psychopathologie* (1^e éd). Presses Universitaires de France.
- Chabert, C. Louët, E. Azoulay, C. et Verdon, B. (2020). *Manuel du Rorschach et du TAT : Interprétation psychanalytique*. Dunod.
- Chabot, A., Achim, J. Miguel, M. Terradas. (2015). La capacité de mentalisation de l'enfant à travers le jeu et les histoires d'attachement à compléter: perspectives théorique et clinique. *La psychiatrie de l'enfant*, 1(58), 207-240.
- Chagnon, J.-Y. (2006). Plaidoyer pour un abord psychopathologique de l'hyperactivité. *Perspectives Psy*, 45(4), 331-338.
- Chassé. (2005). *L'imaginaire de la chasse dans le second XIXe siècle*. Armand Colin.
- Chevalier, JA et Mayzlin, D. (2006). L'effet de la bouche à oreille sur les ventes : critiques de livre en ligne. *Journal of Marketing Research*, 43, 345-354. <https://doi.org/10.1509/jmkr.43.3.354>

- Claudon, P. (2001). Instabilité psychomotrice et pathologie du lien. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49,200-210.
- Claudon, P. (2001). L'instabilité psychomotrice infantile. Une pensée en action. *Psychologie clinique et projective*, 1 (7), 153-173. <https://doi.org/10.3917/pcp.007.0153>
- Claudon, P. (2002). *L'instabilité psychomotrice infantile. Approche psychodynamique comparative par une méthodologie projective*. [Thèse de doctorat inédite]. Université Nancy 2, Nancy, France.
- Claudon, P. (2006). L'instabilité psychomotrice infantile : représentation de soi et processus d'autonomisation. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(1), 155-205.
- Coghill, D., Soutullon, C., d'Aubuisson, C., Preuss, U., Lindbach, T., Silverberg, M., et Buitelaar, J. (2008). Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from the European survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(31), 1-15.
- Cohen de Lara, A. (1983). *Enfants agités : diversité des organisations psychopathologiques*. [Thèse de doctorat inédite]. Université de Paris 5, Paris, France.
- Cohen de Lara, A., et Guinard, M. (2006). Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : premiers résultats psychodynamiques d'une étude croisée. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(5), 277-283.
- Comte-Gervais. (2007). Socialisation parentale de l'émotion : différences entre les mères d'enfants avec et sans déficience intellectuelle. *Scientific Research*, 10 (15), 2062-2079 ;
- Condat, A. (2011). Approche psychodynamique du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH), à partir de l'observation clinique. *Perspectives Psy*, 50, 37-46.
- Conners, C. K. (2008). *Manual for Conners 3rd edition*. Multi-Health Systems.
- Cotugno, A. J. (1995). Attributs de personnalité du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) à l'aide du test de tache d'encre de Rorschach. *Journal de Psychologie clinique*, 51 (4), 554-562. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199507\)51:4<554::AID-JCLP2270510415>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199507)51:4<554::AID-JCLP2270510415>3.0.CO;2-Y)

- Courtois, R., Champion, M., Lamy, C., et Bréchon, G. (2007). Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(6), 420-427.
- Creswell, J. W. (2007). Five qualitative approaches to inquiry. Dans J.W. Creswell (dir), *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches*, 53-84. Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.
- Dahl, K., Larivière, N. et Corbière, M. (2014). Illustration d'une étude de cas multiples visant à mieux comprendre la participation au travail de personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Dans N. Larivière et M. Corbière. *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 74-96).
- De Tychey, C., Diwo, R. et Dollander, M. (2000). La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de Psychologie*, 23, 57-76.
- De Vries, M et Geurts, H. (2012). Influence des traits autistiques et du fonctionnement exécutif sur la qualité de vie des enfants atteints d'un trouble du spectre autistique. *Journal de l'autisme et des troubles de développement*, 45 (9), 2734-2743. <https://doi.org/10.1007/s10803-2438-1>
- Debray, R. (1991). Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 41-57.
- Debray, R. (2001). *Épître à ceux qui somatisent*, Paris, PUF.
- Debret, J. (2020). Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition (2019) des normes APA. Scribbr.**
- Debroux, P., De Noose, L. et Malempré, M. (2017). *Manuel du test de Rorschach Approche formelle et psychodynamique*. De Boeck.
- Dejours, C. (1988). Souffrance et plaisir au travail. L'approche par la psychopathologie du travail. *Travailler*, 1 (35), 17-30. <https://doi.org/10.3917/trav.035.0017>
- Dejours, C. (1989). Travail et santé mentale : de l'enquête à l'action. *Prévenir*, 19, 3-19.

- Dejours, C. (1995). Doctine et théorie en psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 1 (7), 59-80.
- Dejours, C. (1997). Le « choix de l'organe » en psychosomatique : une question périmée ?, 3, 3-18. www.persee.fr/doc/clini_1265-5449_1997_num_3_1_1096
- Delisle, G. (2010). De l'utilité clinique de la symbolisation. *Revue canadienne de psychanalyse*, 1, 17, 251-278.
- Denis, J.-M. (2001). *Contribution à l'étude des helminthoses digestives des bovins en milieu équatorial humide*. Ces d'exercice, Ecole National Vétérinaire de Toulouse. <https://oatao.univ-toulouse.fr/422/>
- Dewolfe, NA., Byrne, JM. et Bawden, HN. (2000). TDAH chez les enfants d'âge préscolaire : corrélas psychosociaux évalués par les parents. *Médecine du développement et neurologie infantile*, 42 (12), 825-830. <https://doi.org/10.1017/S00121622000001523>
- Diener, M. B. et Milich, R. (1997). Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder: a test of the self-protective hypothesis. *J Clin Child Psychol*; 26 : 256-65.
- Diwo, J. (1997). *La fontaine du Roy*. ePID.
- Dong, T. (2016). *Drépanocytose et dépersonnalisation : clinique de la souffrance du jeune adulte homozygote ; une étude de cas au Cameroun*. [Thèse de Doctorat inédite]. Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun.
- DSM-V. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. 5^e ed. Masson.
- Duclos, G. (2021). *L'estime de soi, un passeport pour la vie (3^e édition)*. CHU Sainte-Justine.
- Dumas, D. et Pelletier, L. (1999). A study of self-perception in hyperactive children. *MCN Am Matern Chil Nurs*, 24 (1), <https://doi.org/10.1097/00005721-19991000-00004>
- Dunning, D., Johnson, K., Ehrlinger, J. et Kruger, J. (2003). Why People Fail to Recognize Their Own Incompetence. *Current Directions in Psychological Science*; 12 : 83-7.
- Dureysseix, C. (1983). *Chemin faisant...* Gallimard.

- Dyches, T. T., Wilder, L. K., Sudweeks, R. R. Obiakor, F. E. et Algozzine, B. (2004). Multicultural issues in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 212-222.
- Ébalé Moneze, C. (2019). *La psychologie sociale au Cameroun*. Monange.
- Edbom, T., Granlund, M., Lichtenstein, P. et Larsson, J. O. (2008). ADHD Symptoms Related to Profiles of Self-Esteem in a Longitudinal Study of Twins A person-oriented approach. *J Child Adolescent Psychiatric Nursing*; 21 : 228-37.
- Enriquez, E. (1987). *Le travail de la mort dans les institutions, in L'institution et les institutions- Etudes psychanalytiques*. Dunod.
- Enriquez, E. (2000). *L'autre, semblable ou ennemi ?* Psy et société.
- Enriquez, E. (2019). Le travail de la mort dans les institutions. Dans R. Kaës, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fonagy, P. Fustier, R. Roussillon et J.-P. Vidal (dir), *L'institution et les institutions : études psychanalytiques* (pp. 62-91). Dunod.
- Farran, C. (2023). *Revue systématique de littérature : étiologie du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (tdah) chez l'enfant*. [Thèse de doctorat publiée]. Université du québec à montréal, Canada.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 337-346.
- Fomo Noukatchiessi, G. (2020). *Vécu des mères ayant un enfant atteint de TDAH*. [Mémoire de Master inédit]. Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun.
- Fonagy, P. (1996, novembre). *Le rôle de la mentalisation dans l'attachement, dans le développement affectif, et dans le trouble de la personnalité état-limite*. [Communication].Colloque sur la mentalisation, Vaucresson, France.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. et Target, M. (2004). *The development of an understanding of self and agency*. Other Press.

- Forget, J. M. (2010). L'hyperactivité, le mouvement et la gravité comme objet a. Dans M. Bergès Bounes, J.M. Forget (dir.), *L'enfant insupportable, Instabilité motrice, hyperkinésie et trouble du comportement* (p. 59). Erès.
- Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière Education.
- Fortin, M-F. (2005). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Éducation.
- Foucher, M. (2012). *Frontières d'Afrique. Pour en finir avec le mythe*. CNRS.
- Fouque, T. (2004). L'hyperactivité comme processus limite. *Neurropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(4), 202-209.
- Frazier, W. et Learn Disabiln J. (2007). TDAH et réussite : méta-analyse des littératures d'enfant, d'adolescent et d'adulte et une étude concomitante avec des étudiants de niveau collégial. *Jean-Feb*, 40 (1), 49-65.
<https://doi.org/10.1177/002221940700010401>
- Freud, S. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1896). *Nouvelles remarques sur les névropsychoses de défense*. Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Hogarth Press.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Gallimard.
- Freud, S. (1911). *Formulations concernant les deux principes du fonctionnement mental*. Hogarth Press.
- Freud, S. (1912). *Totem et tabou. Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs*. Dunod.
- Freud, S. (1914) Pour introduire le narcissisme. Dans *La vie sexuelle*. P.U.F.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Essais de psychanalyse* (p. 41-115). Payot.
- Freud, S. (1921c). *Psychologie des foules et analyse du moi*. Payot.
- Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. Payot.

- Freud, S. (1929). *Le malaise dans la culture*. Presses Universitaires de France.
- Gaudreault, J. (2010). *Les perceptions de la relation familiale de six enfants atteints du Trouble du Déficit d'Attention/hyperactivité*. [Thèse de doctorat publiée]. Université du Québec à trois rivières, Québec, Canada.
- Gauthier, J-M. (2003). Pour une conception psychosomatique de l'instabilité chez l'enfant. *Le carnet Psy*, 1 (78), 28-30. <https://doi.org/10.3917/Icp.078.0028>
- Geurts et al. (2005). L'interaction travail-domicile du point de vue de la psychologie du travail : Elaboration et validation d'un nouveau questionnaire, le SWING. *Travail et stress*, 19 (4), 319-339. <https://doi.org/10.1080/02678370500410208>
- Gighlione, R. et Blanchet, A. (1991). *Methodes et outils pour l'analyse des verbalisations*. Dunod.
- Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative*. EMS.
- Girard, E., Terradas, M. M. et Matte-Gagné, C. (2014). Empathie, comportements pro-sociaux et troubles du comportement. *Enfance*, 4, 459-480.
- Giust Desprairies, F. et Lévy, S. (2003). *L'imaginaire collectif*. Erès.
- Gnagy, E. M., Greehouse, J. B., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Wilson, T. K. et Wymbs, B. T. (2008). Taux et prédicteurs de divorce chez les parents et jeunes atteints de TDAH. *Journal de consultation et de psychologie clinique*, 76 (5), 735-744. <https://doi.org/10.1037/a00012719>
- Golse, B. (1999a). *Du corps à la pensée*. Presses de l'Université de France.
- Golse, B. (1999b). Du corporel au psychique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 23, 113-129.
- Golse, B. (2010). L'enfant excitable. *Enfances & Psy*, 14(2), 49-56.
- Gordon, C. (2011). Why ADHD is a family affair. *Community Care*, 13, 16-17.
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G. et Baghurst P. (2005). Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44 : 159-68.

- Grubbs, L. et Cottrell, B. (2005). Self-perception in children with attention deficit hyperactivity. *J Pediatr Nurs*, 20(4), 235-245. doi : 10.1016/j.PEDN.2005.02.012.PMID:16030503.
- Guelfi, J.-D. (1997). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, t.2*. Éditions médicales Pierre Fabre.
- Harvey, E., Metcalfe, L., Herbert, S. et Fanton, J. (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 784-795.
- Hattie J. (2014). *Self-Concept*. Psychology Press,
- Haute autorité de la Santé ([HAS]). (2015). *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : Méthode Recommandations pour la pratique clinique*. Argumentaire scientifique.
- Haute autorité de la Santé ([HAS]). (2021). *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité : Méthode Recommandations pour la pratique clinique*. Argumentaire scientifique.
- Hempel, F. D. et Lewis, J. F. (1994). Développement d'inflorescences bidirectionnelles dans *Arabidopsis thaliana*: Initiation acropète des fleurs et initiation basipète des paraclades. *Springer Link*, 192, 276-286;
- Hentz, P. (2012). Case study: The method, dans P.L. Munhall (dir.), *Nursing Research: A Qualitative Perspective*, 5e éd. Sudbury, Jones & Bartlett Learning, p. 359-369.
- Houzel, C. (1991). *Histoire de la théorie des parallèles*. Presses Universitaires de France.
- Ionescu, T. (2012). Explorer la nature de la flexibilité cognitive. *Nouvelles idées en psychologie*, 30 (2), 190-200. <https://doi.org/10.1016/j.newdeapsy.2011.11.001>
- Jaques, E. (1955). *Social system as a defense against persecutory and depressive anxiety*. Dunod.
- Jeammet, P. (1989). Les assises narcissiques de la symbolisation. *Revue Française de Psychanalyse*, 53, 1763-1673.

- Joly, F. (2008). *De la faillite des liens... au travail de liaison. Approche psychopathologique et thérapeutique du jeune enfant*. Erès.
- Jones, K., Welsh, C., Glassmire, F. et Tavegia, A. (2006). Fonctionnement psychologique chez les frères et sœurs d'enfants atteints de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention. *Journal of child and family studies*, 15 (6), 753-759.
- Kaës, R. (1970). *Groupes et formation. Situation, processus et travail psychanalytiques en séminaires de formation*. Laboratoire de Psychologie clinique et pathologique, Université de Provence.
- Kaës, R. (1976b). Analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe conteneur. *L'Évolution psychiatrique*, XLI(2), 339-347.
- Kaës, R. (1979b). *Introduction à l'analyse transitionnelle*. In Kaës, R., Missenard, A & al. Crise, rupture et dépassement. L'analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale. Dunod.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Dunod.
- Kaës, R. (2012). *Le Malêtre*. Dunod.
- Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Dunod.
- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R. et Vidal J-P. (2019). *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*. Dunod.
- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R., & Vidal, J.-P. (2000). *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques*. Dunod.
- Kendall, J., & Shelton, K. (2003). A typology of management styles in families with children with ADHD. *Journal of Family Nursing*, 9(3), 257-280.
- Kercood, S. et al (2017). La flexibilité cognitive et sa relation avec la réussite scolaire et le choix de carrière des étudiants avec et sans trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention. *Journal de l'éducation postsecondaire du handicap*, 30 (4), 329-344.
- Khemakhem, K., Yaich, S., Ayedi, H., Walha, A., Moalla, Y., Damak, J. & Ghribi, F. (2012). Prévalence du trouble déficit de l'attention/hyperactivité en population scolaire dans la

- région de Sfax, Tunisie : étude transversale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 60, 160-165.
- Klein. (1967). *Essais de psychanalyse* (1921-1945). Payot.
- Kupermann, D. (2015). Les enfants de Freud : propos sur le refoulement et le clivage. *Topique*, 130, 77-86.
- Lacan, J. (1975). *Le sinthome*. Ducan & Valas.
- Laing, R. D. (1969). *Self and Others*. eBay.
- Larivière, N. et Corbière, M. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.
- Lazaratou, H et Golse, B. (2012). L'hyperactivité, entre biologie et culture. Les variations géographiques, temporelles et culturelles du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. *La psychiatrie de l'enfant* 1(61), 179-198. DOI 10.3917/psyse.611.0179
- Lazaratou, H. et Golse, B. (2018). L'hyperactivité, entre biologie et culture : les variations géographiques, temporelles et culturelles du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. *La psychiatrie de l'enfant* 1(61), 179-198.
- Le Heuzey, M. F. (2009). La prescription actuelle du méthylphénidate (Ritaline®). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 621-5.
- Le Heuzey, M.F. (2019). Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) chez l'enfant. Approche médicale. *Revue des Maladies Respiratoires*, 1378, 1-8.
- Lecours, S. et Bouchard, M-A. (1997). Dimensions of mentalisation : outlining level of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855-875.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Guérin.
- Lemelin, G., Lafortune, D. et Fortier, I. (2006). Les caractéristiques familiales des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité : recension critique des écrits. *Canadian Psychology*, 47(3), 211-228.
- Leslie, A. (1987). Faux-semblant et représentation : les origines de la théorie de l'esprit. *Revue psychologique*, 94 (4), 412-426. <https://doi.org/10.1033-295X.94.4.412>

- Luquet, P. (1981). Le changement dans la mentalisation. *Revue Française de Psychanalyse*, 45, 1022-1028.
- Malempré, M. (2017). *Manuel du test de Roschach : approche formelle et psychodynamique* (2^e éd.). De Boeck.
- Marine (2015). *Le droit à la ville. Justifications, apports, manifestations et portée*. L'Harmattan.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Les Empêcheurs de tourner en rond.
- Marty, P. et Fain, M. (1964). Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasmes. *Revue française de psychanalyse*, 28, 609-622.
- Mary, A., Slama, H. et Massat, I. (2009). La théorie de l'esprit dans le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H). <https://doi.org/10.3917/CTF.043.0169>
- Marzocchi, G. M. et al. (2008). Déficits contrastés sur les fonctions exécutives entre TDAH et enfants handicapés en lecture. *Psychol Psychiatry*, 49 (5), 543-552.
- Massé, R. (1995). Qu'est-ce l'anthropologie de la santé ? Dans R. Massé (dir), *Culture et santé publique*, 15-46. Gaëtan Morin.
- Matanova, V. L., Stoyanov, D. S. et Strizhitskaya, O. (2022). Editorial: Mentalization and Clinical Psychopathology. *Front. Psychol.* 13, 837-964. doi: 10.3389/fpsyg.2022.837964
- Mayer, J. D. et al. (2000). Capacités humaines : intelligence émotionnelle. *Revue annuelle de psychologie*, 59 (1), 507-536.
- Mayi, M. B. (2017). *Quatre essais de psychopathologie africaine*. Dianoïa.
- Mbatbaina Pala, R., Ngnombouowo Tenkué, J. et Mgbwa, V. (2022). Perte d'objet et résilience chez l'orphelin d'âge scolaire de SOS village d'enfants de N'Djamena : une analyse sociodynamique. *Revue Al-Marifa*, 1 (1), 149-158. ISSN 2790-5055
- Menzies, I. E. P. (1960). Infirmières sous stress. *Revue internationale des soins infirmiers*, 7, 9-16.
- Mgbwa, V. (2018). Intégration scolaire de l'enfant à besoins particuliers : entre le « faire » et le projet pédagogique. Dans P. Fonkoua (dir.), *L'intégration scolaire des enfants en*

- difficulté en Afrique : adaptation et apprentissage dans le système éducatif* (pp. 223-234). L'Harmattan.
- Mikami, A. Y. et Pfiffner, L. J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 482-492.
- Mikolajczack, M. et Roskam, I. (2021). *Les enfants difficiles : comprendre, diagnostiquer et traiter les troubles du comportement*. Formation en ligne dispensée par le Training Institute for Parental Burnout (TIPB), Belgium.
- Misès, R. (Éd.). (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R.2012 : Correspondance et transcodage : CIM 10* (5e édition). Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Moore. (2013). *Performances des écoles et des installations essentielles*. ASCE Library.
- Mukau Ebwel, J., Roeyers, H. et Devlieger, P. (2010). Approches des représentations sociales de l'autisme en Afrique. Sémantique culturelle en République démocratique du Congo Joachim. *Enfances & Psy*. 4 (49), 121- 129. DOI 10.3917/ep.049.0121.
- Nader, L. (2012). Ethnography as theory. *Journal of Ethnographic Theory*, 1, 211-219.
- Nader-Grosbois, N. (2011). *La théorie de l'esprit*. De Boeck Supérieur.
- Nassogne, M-C. (2018). L'enfant avec les troubles externalisés du comportement : approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, 204-213.
- National Institute for Health and Clinical Excellence ([NICE]). (2006). Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Review of technology appraisal*. <http://www.nice.org.uk/guidance/ta98>
- Ngnombouowo Tenkue, J. (2019). *Satisfaction pulsionnelle, compulsion de répétition : une tendance à satisfaire les actes répréhensibles chez les enfants atteints de TDAH, une étude de cas*. [Mémoire de master inédit], Université de Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun.

- Ngnombouowo Tenkué, J., Mgbwa, V. et Roskam, I. (2022). Trouble Déficitaire d'Attention avec Hyperactivité, subjectivation et symbolisation : une analyse sociodynamique. *Revue des Lettres, Langues et Sciences de l'Homme et de la Société*, 13, 463-477.
- Ngnombouowo Tenkué, J., Mgbwa, V., Roskam, I., Angono G., Moche Tagni, J. J., Moté, A., Djigou, J. et Awono Levodo, T. F. (sous presse). *Prévalence du Trouble Déficitaire d'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) en population scolaire dans l'Arrondissement de Yaoundé V.*
- Ngono Ossango, P. et Mbock, M. P. (2023). Style parental et production du soi : optimisation du développement intellectuel et social des enfants TDAH. *Textes et Tours d'analyse*, 001, 187-198.
- Nguimfack, L. (2008). *Réadaptation des mineurs délinquants places en institution à l'environnement familial au Cameroun contemporain : implication des thérapies familiales systémiques*. [Thèse de doctorat inédite]. Université Charles-De-Gaulle – Lille 3, Paris, France.
- Nigg, J. T., Stravo, G., Ettenhofer, M., Hambrick, D. Z., Miller, T., et Henderson, J. M. (2005). Executive Functions and ADHD in Adults: Evidence for Selective Effects on ADHD Symptom Domains. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 706-717.
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., et Hoekstra P.J. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, in press.
- Nkelzok Komtsindi, V. (2015). *Psychosociologie des organisations. Comprendre et gérer une organisation humaine*. Doanoïa.
- Nkelzok Komtsindi, V. (2009). *La discipline métacognitive : le contrôle de soi*. Doanoïa.
- Noël, M. P., Rousselle, L. et De Visscher, A. (2013). La dyscalculie développementale : à la croisée de facteurs numériques spécifiques et de facteurs cognitifs généraux. *Développements*, 15(2), 24-31. <https://doi.org/10.3917/devel.015.0024>
- Olga Jańczak, M. (2018). Mentalization in clinical practice : a psychodynamic perspective. *Psychoterapia* 4(187), 5–17. DOI: 10.13140/RG.2.2.26596.63360

- Organisation Mondiale de la Santé. ([OMS], 2008). *Classification Internationale des Troubles Mentaux et du Comportement. Critères diagnostiques pour la recherche* (CIM-10/ICD-10). Masson.
- Ovambe Mbarga, G.-B. (2016). *Etat acrophobique et vécu traumatique au parcours du combattant chez les recrues de l'armée camerounaise : une étude de cas*. [Mémoire de Master inédit]. Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun.
- Papadopoulos, T. C., Panayiotou, G., Spanoudis, G., et Natsopoulos, D. (2005). Evidence of poor planning in children with Attention Deficits. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 611-623.
- Pedinielli, J.-L. (2006). *La recherche en psychologie clinique*. Armand Colin.
- Perner, J., Kain W., et Barchfeld, P. (2002). Executive control and higherorder theory of mind in children at risk of ADHD. *Infant and Child Development*, 50, 1-19.
- Petot, D. (2001). Les particularités du fonctionnement psychologique des enfants hyperactifs à travers le test de Rorschach. Dans J. Ménéchal (dir.), *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*. (pp. 251-262). Dunod.
- Pfeifer, A. (1919). *That's what god made mothers for*. Edition in French by a Bollaert.
- Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* ; 46 (7) 894-921.
- Poirier, Clapier-Walladon et Raybaut. (1996). Investiguer les creux du discours par la technique d'entretien de mise au carré. *Recherche qualitatives*, 37 (1), 21-56.
- Pontalis, J.-B. (1963). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.
- Quartier, V. (2003). Problématique de l'agir et CAT. *Psychologie clinique et Projective*, 9(1), 131-148. DOI 10.3917/pcp.009.0131.
- Quartier, V. (2006). De la dyschronie chez les enfants instables : hypothèse d'une difficulté d'instauration d'un temps transitionnel. *Psychologie Clinique et Projective*, 12(1), 301-322.
- Rausch de Trautenberg N. (1997). *Le Rorschach en clinique infantile*. Dunod.

- Registre de consultation (2019-2020). *Fondation Médicale Index Telema*. Inédit.
- Richelle, J. (2017). *Manuel du test de Rorschach. Approche formelle et psychodynamique*. De Boeck.
- Robert, A. (2017). *Vivre avec les conséquences d'un diagnostic de TDA/H : la voix des personnes diagnostiquées*. Université de Montréal.
- Robert, A. D. et Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels*. Presses Universitaires de France.
- Roman, P. (1997a). *La méthode projective comme dispositif à symboliser*. Dans P. Roman (dir.), *Projection et symbolisation chez l'enfant* (p. 39-51). Presses universitaires de Lyon.
- Roman, P. (1997b). Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation. *Psychologie clinique et projective*, 3, 75-87.
- Roman, P. (2001). Contribution des méthodes projectives à la clinique de l'hyperactivité infantile. Dans J. Ménéchal (dir.), *L'hyperactivité infantile. débats et enjeux* (p. 233-250). Dunod.
- Roman, P. (2003). L'hyperactivité infantile et les épreuves projectives : une proposition méthodologique. *Le Carnet Psy*, 78(1), 30-31.
- Roman, P. (2006). *Famille et psychopathologie*. L'Harmattan.
- Rorschach, H. (1947). Etudes en techniques projectives : la fiabilité d'un test de Rorschach à choix multiples. *Journal de psychologie appliquée*, 31 (2), 199-211.
<https://doi.org/10.1037/h0063054>
- Rorschach, H. (1947). *Psychodiagnostic*. Presses Universitaires de France.
- Roskam, I. (2011). *Les enfants difficiles (3-8ans) : évaluation, développement et facteurs de risque*. Mardaga.
- Roskam, I. (2021). *Mon enfant est insupportable ! Comprendre et accompagner les enfants difficiles*. Mardaga.

- Roskam, I., Kinoo, P. et Nassogne, M-C. (2007). L'enfant avec les troubles externalisés du comportement : approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, 204-213.
- Rousseau, D. M. (1989). Contrats psychologiques et implicites dans les organisations. *Journal des responsabilités et des droits des employés*, 2 (2), 121-139.
- Roussillon, R. (1989). *Espaces et pratiques institutionnelles, le débarras et l'inertie*. Dunod.
- Roussillon, R. (1997). Activité "projective" et symbolisation. Dans P. Roman (dir.), *Projection et symbolisation chez l'enfant* (p. 23-40). Presses universitaires de Lyon.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Presses de l'Université de France.
- Roussillon, R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Presses Université de France.
- Roussillon, R. (2010). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. *Le carnet psy*, 1 (141), 28-31.
- Roussillon, R. (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (3^e éd). Elsevier Masson.
- Sagvolden, T., et Sergeant, J. A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder-from brain dysfunctions to behaviour. *Behavioural brain research*, 94(1), 1-10.
- Saint-Paul, J. (1999). *Estime de soi, confiance de soies fondements de notre équilibre personnel et social*. InterEditions.
- Sarrar, L. et al. (2011). Flexibilité cognitive et protéine liée à l'agouti chez les patients adolescents souffrant d'anorexie mentale. *Psychoneuroendocrinologie*, 36 (9), 396-406. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.03.014>.Epub
- Sauvé, C. (2000). *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit de l'attention*. Hôpital Sainte-Justine.
- Savalle, I., Lemoine, L., Schneider, B. et Besançon, M. (2022). Les représentations du TDAH dans la littérature jeunesse. Analyse d'un corpus francophone et comparaison avec un corpus anglophone. *La psychiatrie de l'enfant* 1(65), 101-125.
- Scahill, L. et Schwab-Stone. (2000). Epidémiologie du TDAH chez les enfants d'âge scolaire. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 9 (3), 541-555.
- Schilder P. (1950). *L'image du corps*. Gallimard.

- Searles, J. (1975). Une étude axée sur le corpus du refus multimodal des enfants chinois et de ses implications pour l'éducation à domicile. *Open Journal of Modern Linguistics*, 9 (5), 59-82.
- Segal, H. (1957). Notes sur la formation du symbole. *Revue Française de Psychanalyse*, 34, 685-696.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M.K. et Schwab-Stone, M.E. (2000). NIMH Diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC-IV) : Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1) 28-38.
- Smith, J. et al (2002). *Culture de couverture d'agriculture durable*. Feedipia.
- Sodian, B., Hülken, C., et Thoermer, C. (2003). The self and action in theory of mind research. *Consciousness and Cognition*, 12, 777-782.
- Sonuga-Barke, E. J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological psychiatry*, 57(11), 1231-1238.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Taylor, E., Sembi, S., et Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion-I. The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(2), 387-398.
- Sow, A. I. (1977). *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire*. Payot.
- Sürig, L, Purper-Ouakil D. (2016). Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH), estime de soi et impact des traitements. *Mt pédiatrie*, 19(3), 209-215 doi:10.1684/mtp.2016.0610.
- Taylor, S. E. et Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychol Bull*, 103, 193-210.
- Tomasella, S. (2014). Je l'ai tellement dans la peau que je deviens marteau. *Psychotropes*, 1-2 (20), 135-151. <https://doi.org/10.3917/psyt.201.0135>
- Tourette, G. (1999). *Traitement stéréotaxique du syndrome de Gilles de la Tourette par stimulation haute fréquence du thalamus*. National Library of Medicine.

- Treuting, J. J., Hinshaw, S. P. (2001). Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder : associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *J Abnorm Child Psychol*; 29 : 23-39.
- Tsala Tsala, J.-P. (2004). L'ascenseur et l'escalier - la lutte contre le SIDA au Cameroun. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 1 (3) 139-156, DOI: 10.1080/17290376.2004.9724837.
- Tsala Tsala, J.-P. (2006). *La psychologie telle quelle : perspective africaine*. Presse de l'UCAC.
- Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). Manuel de recherche en Sciences sociales. Dunod.
- Vaughn, M. G., DeLisi, M., Beaver, K. M., Wright, J. P. et Howard, M. O. (2007). Toward a psychopathology of self-control theory: the importance of narcissistic traits. *Behav Sci Law*, 25, 803-821.
- Vigo, S., et Franc, N. (2012). *Mon enfant est hyperactif (TDAH) : regards croisés d'une maman et d'une pédopsychiatre*. De Boeck.
- Westphal, L. (2018). The manic defenses of inattentive or Hyperactive Child. Therapeutic prospects.
- Willcutt et al. (2005). Hétérogénéité causale dans le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité : avons-nous besoin de sous-types de troubles neuropsychologiques ? *Psychiatrie biologique*, 57 (11), 1224-1230.
- Winnicott, D. W. (1947). *Le bébé en tant que personne*. Payot.
- Winnicott, D. W. (1951). *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*. Payot.
- Winnicott, D. W. (1956). La tendance antisociale. Dans D.W., WINNICOTT (dir). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.
- Winnicott, D. W. (1957). *La capacité d'être seul et de se sentir seul*. Payot.
- Winnicott, D. W. (1960). *La théorie de la relation parents-nourrissons*. Karnac Books.
- Winnicott, D. W. (1962). *Intégration de l'égo et développement de l'enfant*. Dans Les processus de maturation et de l'environnement facilitateur (1^e éd). Karnac Books.

- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Gallimard.
- Winnicott, D. W. (2002). *Jeu et réalité*. Gallimard.
- Wodon, I. (2009). *Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent : Comprendre et soigner le TDAH chez les jeunes*. Mardaga.
- Woodcock McGrew, J. et Mather, N. (2001). *Evaluation avec le woodcock et HL Janzen (Eds), Manuel d'évaluation psychoéducative: capacité, réussite et comportement chez les enfants*. Presse académique.
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 161-169.
- Yaméogo, G. (2004). Les langues nationales à l'école burkinabé: enjeux d'une innovation pédagogique majeure. *Repères, recherches en didactique du français langue maternelle*, 29 (26), 251-260.
- Yin, R.K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*, 4e éd. Sage Publications.
- Yzerbyt, V., Roskam, I. et Casini, A. (2021). *Les psychologies du genre. Regards croisés sur le développement, l'éducation, la santé mentale et la société*. Mardaga.

ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix – Travail – Patrie UNIVERSITE DE YAOUNDE I FACULTE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES HUMAINES B.P. 755 YAOUNDE Tél : (237) 22 00 97 18 DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE		REPUBLIC OF CAMEROON Peace – Work – Fatherland THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I FACULTY OF ARTS, LETTERS AND SOCIAL SCIENCES P.O. BOX: 755 YAOUNDE Phone: (237) 22 00 97 18 DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Jacques Philippe TSALA TSALA**, Professeur des universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **NGNOMBOUOWO TENKUE Josué** matricule **12B051** a libellé son sujet de thèse en Psychopathologie et clinique comme suit:

«Institutions thérapeutiques, stratégies de prise en charge et capacité de dé/symbolisation chez les enfants TDAH »

Ses travaux s'effectuent sous la direction du Pr MGBWA Vandelin (Université de Yaoundé I), Maître de conférences et de la Pr ROSKAM Isabelle, Professeure (Université Catholique de Louvain).

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

12 OCT 2020

Fait à Yaoundé le

Le Chef de Département

Jacques-Philippe TSALA TSALA
Professeur des Universités



Annexe 2 : Autorisation de recherche CNRPH

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix – Travail – Patrie CNRPH Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER Cardinal Paul Emile LEGER National Centre for the Rehabilitation of Persons with Disabilities DIRECTION GENERALE CELLULE DE LA PLANIFICATION, DE LA COOPERATION ET DE LA RECHERCHE N°2020/ <u>603</u> /I/CNRPH/DG/CPCR Réf : V/L du 27 octobre 2020 -	REPUBLIC OF CAMEROON Peace – Work – Fatherland CNRPH Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER Cardinal Paul Emile LEGER National Centre for the Rehabilitation of Persons with Disabilities GENERAL DIRECTORATE PLANIFICATION, COOPERATION AND RESEARCH UNIT Yaoundé, le 02 NOV 2020

**LE DIRECTEUR GENERAL
THE DIRECTOR GENERAL**
à/to

**Monsieur NGNOMBOUOWO TENKUE Josué,
Etudiant en Cycle de Doctorat au Département de Psychologie
de la faculté des Arts, lettres et Sciences Humaine
de l'Université de Yaoundé I
Tél : 659 14 39 39 – 676 83 01 20**

YAOUNDE

Objet : Accusé de réception -

Monsieur,

En accusant réception de votre correspondance dont la référence est reprise sous rubrique et par laquelle, vous sollicitiez mon accord, pour effectuer des recherches au **Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER (CNRPH)**, en vue de la rédaction de votre thèse de Doctorat sur le thème « **Institutions thérapeutiques, stratégies de prise en charge et capacité de dé/symbolisation chez les enfants TDAH** ».

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance, que votre requête a fait l'objet de toute l'attention requise. En ce qui concerne l'objet de ma saisine, je marque mon accord, pour la réalisation de cette activité. Sur le plan pratique, vous voudrez bien prendre toutes les dispositions indiquées, pour vous acquitter au préalable, des frais conventionnels de recherches, d'accompagnement et d'appui institutionnel, de **cinq mille (5 000) F CFA par mois de recherche**. Par ailleurs, à votre arrivée au Centre, vous devrez prendre l'attache de la **Cellule de la Planification, de la Coopération et de la Recherche, au Bâtiment N°7, 1^{ère} Porte**, pour une meilleure organisation de leur séjour. Sur le plan technique, vous travaillerez sous la coordination de **Madame le Directeur des Interventions Sociales**, dont vous voudrez bien prendre l'attache au **Bâtiment N°2, 4^{ème} Porte**, pour votre mise en contact avec les **Psychologues Cliniciens** de l'Institution, qui vous accompagneront dans vos travaux. Sur le plan sanitaire, vous devrez produire l'original de votre examen diagnostic à l'infection au nouveau Coronavirus ou Covid-19 récent. Dans la même veine, pendant la durée de vos recherches, vous devrez prendre toutes les dispositions indiquées, pour respecter les mesures-barrières de distanciation physique, de port permanent du masque de protection faciale, du lavage régulier des mains à l'eau courante et au savon ou encore, l'usage autant que de besoin, du gel hydro-alcoolique.

En vous souhaitant bonne réception de ma correspondance, veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée /-

LE DIRECTEUR GENERAL
Manga Alexandre

Copies
- DGA
- CF } Pour information et appropriation
- DIS } Pour coordination de l'activité
- CPCR
- Mme BOUYAP Reine Flore épse YOSSA }
- M. BESSALA Jacques } Pour dispositions pratiques indiquées à prendre.

P 1/01 0.80 1986 Yaoundé Tél/Fax (237) 242 62 76 - 41 E-mail : sec.directeur@cnrph.cm - inf@cnrph.cm - Site Web : 192.168.1.101 / www.cnrph.cm

Annexe 3 : Autorisation de recherche FMIT



FONDATION MEDICALE INDEX TELEMA
Établissement créé par voie de donation, d'utilité sociale et sans but lucratif
Psychiatrie (adultes)-Pédopsychiatrie (enfants, adolescents)
Psychothérapie - Échographie - Sophrologie

N° 030 FMIT/CM

Yaoundé, le 20/10/2020

AUTORISATION DE RECHERCHE

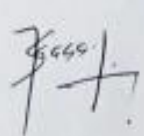
Je soussigné **Dr Jérôme KASSA MUTANDALA**, Pédopsychiatre, psychothérapeute, certifie qu'une autorisation de mener une recherche à la Fondation Médicale Index Telema de Yaoundé, est accordée à M. **NGNOMBOUOWO TENKUE Josué**, Doctorant en psychologie, option psychopathologie et clinique à l'Université de Yaoundé I. L'étude porte sur *« Institutions thérapeutiques, stratégies de prise en charge et capacité de dé/symbolisation chez les enfants TDAH »*.

L'éthique et la confidentialité sont à respecter.

Au terme de ce travail, une copie sera déposée à la bibliothèque de la Fondation Médicale Index Telema.

Dr Jérôme M. KASSA
Psychiatre, Pédopsychiatre
Sophrologue Dynamique
Psychothérapeute,
CNOMC N° 5941 / 10
Tél: (+237) 894 55 95 71 / 671 99 74 63

Copie



- Fondation Médicale Index Telema



Siège social : Carrefour Essomba, Descente vers la Mosquée à gauche, à 30 m avant la Mosquée en face de l'Eglise méthodiste (Kondengui) Yaoundé, Récepissé N° : 00000785/RDA/J06/SAAJP/BAPP. E-mail indextelema@yahoo.fr BP 13846 Yaoundé Cameroun Tél: 671 99 74 72

Annexe 4 : Formulaire de consentement libre et éclairé des informateurs

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Je soussigné, Mr/Mme/Mlle INFORMATRICE NINAB

Avoir été invité(e) à participer au travail de recherche intitulé « *Institutions thérapeutiques, stratégies de prises en charge et capacité de dé/symbolisation chez les enfants TDAH* » dont l'investigateur est **NGNOMBOUOWO TENKUE Josué** ; Doctorant ; Université de Yaoundé I, département de psychologie ; tel : +237 676830120. Cette recherche est codirigée par le **Pr Vandelin MGBWA**, Université de Yaoundé I ; Département de Psychologie et la **Pr Isabelle ROSKAM** ; Université Catholique de Louvain (Belgique).

- J'ai bien compris la notice d'information qui m'a été remise concernant cette étude ;
- Ou bien on m'a lu et expliqué la notice d'information relative à cette étude ;
- J'ai bien compris le but et les objectifs de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées ;
- Les risques et bénéfices m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de la recherche de ses responsabilités ;
- Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la notice de l'information, c'est-à-dire (par exemple) :

- De répondre aux questions de l'entretien.

Fait à Yaoundé, le 05-12-2020

Investigateur



NGNOMBOUOWO TENKUE Josué, UYI

Participant (e)



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Je soussigné, Mr/Mme/Mlle INFORMATEUR LAKUE

Avoir été invité(e) à participer au travail de recherche intitulé « **Institutions thérapeutiques, stratégies de prises en charge et capacité de dé/symbolisation chez les enfants TDAH** » dont l'investigateur est **NGNOMBOUOWO TENKUE Josué** ; Doctorant ; Université de Yaoundé I, département de psychologie ; tel : +237 676830120. Cette recherche est codirigée par le **Pr Vandelin MGBWA** ; Université de Yaoundé I ; Département de Psychologie et la **Pr Isabelle ROSKAM** ; Université Catholique de Louvain (Belgique).

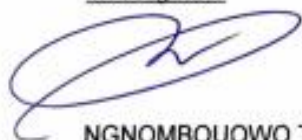
- J'ai bien compris la notice d'information qui m'a été remise concernant cette étude ;
- Ou bien on m'a lu et expliqué la notice d'information relative à cette étude ;
- J'ai bien compris le but et les objectifs de cette étude ;
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées ;
- Les risques et bénéfices m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de la recherche de ses responsabilités ;
- Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la notice de l'information, c'est-à-dire (par exemple) :

- De répondre aux questions de l'entretien.

Fait à Yaoundé, le 27-11-2020

Investigateur



NGNOMBOUOWO TENKUE Josué, UYI

Participant (e)



Annexe 5 : Guide d'entretien

Préambule : Identification des informateurs

- *Âge*
- *Profession :*
- *Classe tenue*

Thème 1 : Fonctionnement institutionnel

- **Sous-thème 1** : Fonctionnement scopique
- **Sous-thème 2** : Fonctionnement topique

Thème 2 : Cadre thérapeutique institutionnel

- **Sous-thème 1** : Dénier de la réalité du sujet
- **Sous-thème 2** : Rigidité du cadre institutionnel

Thème 3 : Les manquements dans la prise en charge

- **Sous-thème 1** : Non ciblage des facteurs de risque
- **Sous-thème 2** : Non prise en soin de l'enfant et du parent
- **Sous-thème 3** : Absence d'une équipe multidisciplinaire

Thème 4 : Désymbolisation

- **Sous-thème 1** : Désymbolisation au niveau cognitif
- **Sous-thème 2** : Désymbolisation au niveau social
- **Sous-thème 3** : Désymbolisation au niveau affectif

Annexe 6 : Grille d'analyse des données

ÉLÉMENTS D'ANALYSE	THÈMES	CODE	SOUS-THEMES	CODE	L'ENTRETIEN		OBSERVATIONS AU RORSCHACH					SYNTHÈSE
					Ninab	Engué	Benoué	Diamaré	Kadéi	Menoua	Mfoundi	
	Fonctionnement institutionnel	A	Excès d'interdits	a								
			Fonctionnement topique	b								
	Cadre thérapeutique	B	La rigidité du cadre	c								
			Déni de la réalité des enfants	d								
	Stratégies de prise en charge	C	Cibler les facteurs de risque à traiter	e								
			Prendre soin de l'enfant et du parent	f								
			Former une équipe multidisciplinaire	g								
	Les processus d'identification	D	Les identifications primaires	h								
			Les identifications secondaires	i								
	Les représentations de relations	E	Relation d'amour	j								
			Relation neutre	k								
			Relation de haine	l								
	La désymbolisation	F	Absent où il est attendu	m								
			Présent où on ne l'attend pas	n								

Annexe 7 : Synthèse des données de l'échelle de Conners

Tableau récapitulatif des données issues des parents

Nom du sujet	Classe	Age	Sexe	Scores	Difficultés de comportement	Difficulté d'apprentissage	Somatisation	hyperactivité/ Impulsivité	Trouble anxieux	TDAH
Benoué	CE2	9	M	42	0,875	2	0,5	1,5	0,25	1,9
Diamaré	CMI	10	M	62	0,75	3	0,75	1,75	1,5	1,9
Kadéï	CE2	9	M	56	0,875	2	0,25	2	1	1,8
Menoua	CE2	9	M	71	2,375	1,5	0,25	2,75	0	2,1
Mfoundi	CMI	10	M	57	1,625	1,75	0,75	3	0	2,1

Tableau récapitulatif des données issues des enseignants

Nom du sujet	Classe	Age	Sexe	Score	Difficultés de comportement	Impulsivité/hyperactivité prédominante	Inattention /passivité	TDAH
Benoué	CE2	9	M	54	0	2,142857	1,75	1,8
Diamaré	CMI	10	M	55	2,125	1,714286	1,875	2,1
Kadéï	CE2	9	M	59	0,75	1,714286	1,75	1,7
Menoua	CE2	9	M	57	2,125	2,428571	1,875	2
Mfoundi	CMI	10	M	82	2,75	3	3	3

Annexe 8 : Echelle d'hyperactivité de Conners pour les enseignants

Questionnaire de Conners pour les enseignants CTRS-R:S

(Conners Teachers Rating Scale-Revised : Short)

Nom de l'enfant _____ Sexe : M F | Date du test : _____
 École : _____ Classe : _____ | Date de naissance : _____
 Nom de l'enseignante : _____ | Âge : _____ ans _____ mois _____

Voici une liste de problèmes courants que les élèves peuvent présenter à l'école. Veuillez coter chaque item selon le comportement de l'élève durant le dernier mois. Pour chaque énoncé, demandez-vous « À quel point était-ce un problème durant le dernier mois ? », puis encerclez la réponse la plus adéquate. Si le problème ne s'est pas présenté ou très rarement, encerclez 0; s'il s'est très souvent ou souvent présenté, encerclez 3. Encerclez 1 ou 2 dans les cas intermédiaires. VEUILLER RÉPONDRE À TOUS LES ÉNONCÉS. Merci.

	PAS VRAI DU TOUT (jamais, rarement)	UN PEU VRAI (à l'occasion)	ASSEZ VRAI (souvent)	TRÈS VRAI (très souvent)
1. Inattentif, facilement distrait	0	1	2	3
2. Provoquant	0	1	2	3
3. N'arrête pas de bouger, gigote, se tortille	0	1	2	3
4. Oublie ce qu'il/elle a déjà appris	0	1	2	3
5. Dérange les autres enfants	0	1	2	3
6. S'oppose activement ou refuse de se conformer aux demandes de l'adulte	0	1	2	3
7. Toujours en mouvement, agit comme s'il était propulsé par un moteur	0	1	2	3
8. Faible en orthographe	0	1	2	3
9. Incapable de rester immobile	0	1	2	3
10. Rancunier ou vindicatif	0	1	2	3
11. Quitte son siège dans la classe ou dans d'autres situations où il devrait rester assis	0	1	2	3
12. Gigote des mains et des pieds ou se tortille sur son siège	0	1	2	3
13. Ne lit pas aussi bien que la moyenne des enfants de sa classe	0	1	2	3
14. Courte capacité d'attention	0	1	2	3
15. Réplique, s'obstine avec les adultes	0	1	2	3
16. Porte attention seulement à ce qui l'intéresse vraiment	0	1	2	3
17. A de la difficulté à attendre son tour	0	1	2	3
18. Manque d'intérêt pour le travail scolaire	0	1	2	3
19. Distractivité ou durée d'attention problématique	0	1	2	3
20. Crises de colère, comportement explosif, imprévisible	0	1	2	3
21. Court partout ou grimpe de façon excessive dans des situations où cela n'est pas approprié	0	1	2	3
22. Faible en arithmétique	0	1	2	3
23. Interrompt autrui ou s'impose (i.e. fait irruption dans la conversation ou les jeux d'autrui)	0	1	2	3
24. A de la difficulté à jouer ou à s'embarquer dans un loisir calmement	0	1	2	3
25. N'arrive pas à terminer ce qu'il a commencé	0	1	2	3
26. Ne suit pas les consignes jusqu'au bout et n'arrive pas à terminer ses devoirs (cela n'est pas dû à un comportement oppositionnel ni à une incapacité de comprendre les consignes)	0	1	2	3
27. Excitable, impulsif	0	1	2	3
28. Agité, toujours en mouvement	0	1	2	3

Annexe 9 : Echelle d'hyperactivité de Conners pour les parents

QUESTIONNAIRE DE «CONNERS» POUR PARENTS

(reproduit grâce à l'amabilité de C. Keith Conners)

Vous trouverez ci-dessous des indications décrivant des comportements d'enfants ou de problèmes qu'ils ont parfois. Mettre une croix dans la case qui correspond aux problèmes et à la densité de la souffrance de votre enfant, en précisant à quelle période de son âge. Ces informations serviront à vous, ainsi qu'aux personnes qui ont à s'occuper de votre enfant.

	Pas du tout	Un petit peu	Beaucoup	Enormé.
1. Tripote ou ronge certaines choses (ongles, cheveux, vêtements)				
2. Insolent avec les grandes personnes				
3. A du mal à se faire des amis et à les garder				
4. Très irritable, impulsif				
5. Veut tout commander				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtements couverture)				
7. Pleure facilement ou souvent				
8. Se sent attaqué et toujours sur la défensive				
9. Révase				
10. A des difficultés pour l'apprentissage de la lecture, calcul écriture illisible				
11. Se « tortille » ne tient pas en place				
12. A peur de nouvelles situations, d'endroits, de personnes, lieux, d'aller à l'école				
13. Agité à toujours besoin de faire quelque chose				
14. Destructeur				
15. Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies				
16. Timide				
17. S'attire plus d'ennuis (se fait plus attraper que les autres enfants de son âge)				
18. Souffre de troubles d'élocution (bégaye, retard du langage ou parle bébé)				
19. Nie ses erreurs et accuse toujours les autres				
20. Querelleur				
21. Fait la moue et boude				
22. Prend les choses qui ne lui appartiennent pas				
23. Est désobéissant ou obéit à contre-cœur				
24. S'inquiète plus que les autres de la maladie, mort, solitude				
25. Ne termine pas ce qu'il a commencé				
26. Se sent facilement froissé				
27. Brutalise, agresse ou intimide ses camarades				
28. Ne peut pas s'arrêter lors d'une activité répétitive				
29. Cruel				
30. Comportement « bébé » immature collant puéril, constant besoin d'être rassuré				
31. Problème d'attention, fixation, concentration ou distractibilité				
32. Maux de tête				
33. Changement d'humeur rapide irascible				
34. N'aime pas obéir aux règles ou interdits				
35. Se bagarre constamment				
36. Ne s'entend pas avec ses frères et/ou sœurs				
37. Se décourage facilement devant l'effort				
38. Dérange les autres enfants et les adultes				
39. Enfant foncièrement malheureux				
40. Problème d'alimentation sans appétit se lève après chaque bouchée				
41. Maux d'estomac				
42. Sommeil perturbé (difficulté à s'endormir et lève tôt) se réveille pdt la nuit				
43. Autres plaintes physique et douleurs				
44. Vomissements, nausées				
45. Se sent lésé à la maison et à l'école				
46. Se vante et fanfaronne				
47. Se laisse écraser, manipuler				
48. Problème d'évacuation intestinale irrégulier, selles molles, constipation etc..				
AUTRES POINTS DE VUE				
Attiré par le feu				
Refuse les caresses depuis tout petit et les fait dégénérer en brutalité				
Mouille ou sali le lit jusqu'à l'âge scolaire voire au delà				
Par période cligne des yeux, grince des dents, grimace, racle la gorge				
En peinture, est attiré par les couleurs foncées				
Problèmes O.R.L. (otites, rhume, bronchite, asthme à répétition)				
Réagit inversement aux médicaments calmants, par exemple codéine				

Annexe 10 : Clairence éthique pour la prévalence du TDAH au Cameroun

REPUBLIQUE DU CAMEROUN <i>Paix - Travail - Patrie</i> MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE SECRETARIAT GENERAL COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE DU CENTRE Tél : 222 21 20 87/ 677 94 48 89/ 677 75 73 30		REPUBLIC OF CAMEROON <i>Peace - Work - Fatherland</i> MINISTRY OF PUBLIC HEALTH SECRETARIAT GENERAL CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE FOR HUMAN HEALTH RESEARCH

CE N° 0730 -/CRERSHC/2023

Yaoundé, le **27 OCT 2023**

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH/C) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : « Etude de la prévalence du trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en population scolaire dans l'arrondissement de Yaoundé V », soumis par Monsieur NGNOMBOUWO TENKUE Josué.

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressé est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Ethique. En outre, il est tenu de :

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

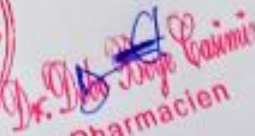
La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Ethique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Ampliations:
CNERSH



LE PRESIDENT,



Pharmacien

www.minsante.gov.cm

Annexe 11 : Cotation et interprétation de l'échelle de Conners (2008)

Clés de correction

CLÉ DE CORRECTION POUR LE QUESTIONNAIRE DES PARENTS :

Les énoncés les plus discriminants sont regroupés selon les cinq facteurs suivants :

A. Difficultés de comportement : énoncés 2-8-14-19-20-27-35-39

B. Difficultés d'apprentissage : énoncés 10-25-31-37

C. Somatisation : énoncés 32-41-43-44

D. Impulsivité, hyperactivité : 4-5-11-13

E. Anxiété : 12-16-24-47

Les dix énoncés 4-7-11-13-14-25-31-33-37-38 sont ceux de la forme abrégée du questionnaire de Conners et correspondent à l'échelle d'hyperactivité.

En cotant chaque appréciation 0-1-2 ou 3 (pas du tout = 0, Énormément = 3) et en divisant le total obtenu par 10 on obtient un score moyen allant de 0 à 3. Un score moyen de 1,5 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant.

CLE DE CORRECTION POUR LE QUESTIONNAIRE DES ENSEIGNANTS :

Les énoncés les plus discriminants sont regroupés selon les trois facteurs suivants :

A. Difficultés de comportement : énoncés 4-5-6-10-11-12-23-27

B. Impulsivité, hyperactivité : 1-2-3-8-14-15-16

C. Inattention, passivité : 7-9-18-20-21-22-26-28

Les dix énoncés 1-5-7-8-10-11-14-15-21-26 sont ceux de la forme abrégée du questionnaire de Conners et correspondent à l'échelle d'hyperactivité.

En cotant chaque appréciation 0-1-2 ou 3 (pas du tout = 0, Énormément = 3) et en divisant le total obtenu par 10 on obtient un score moyen allant de 0 à 3. Un score moyen de 1,5 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant.

Amitié et chocolat belge

Annexe 12 : Entretien de Formulation Culturelle (EFC)

ENTRETIEN DE FORMULATION CULTURELLE (EFC)

[Version informateur (Adaptation TIPH_TC, 2023)]

INTRODUCTION POUR L'INFORMATEUR :

J'aimerais comprendre les problèmes qui amènent l'enfant ici afin que je puisse l'aider plus efficacement. J'aimerais connaître **votre** expérience et vos idées. Je vais vous poser quelques questions afin de savoir ce qui se passe et comment vous-même et l'enfant, y faites face. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

RELATION AVEC LE PATIENT

1. Comment décririez-vous votre relation avec [ENFANT]? À quelle fréquence voyez-vous [ENFANT]?

DÉFINITION CULTURELLE DU PROBLÈME

2. Qu'est-ce qui amène [ENFANT] ici aujourd'hui? Les gens ont souvent tendance à comprendre leurs problèmes à leur façon, ce qui peut être semblable ou différent de la manière dont les médecins/psychologues/ (...) décrivent le problème. Comment décririez-vous le problème de [ENFANT]?

3. Parfois les gens décrivent différemment leur problème à leur famille, leurs amis ou aux autres personnes de leur communauté. Comment leur décririez-vous le problème de [ENFANT]?

4. Qu'est-ce qui vous préoccupe/inquiète le plus à propos du [PROBLÈME] de [ENFANT]?

PERCEPTIONS CULTURELLES DE LA CAUSE, DU CONTEXTE ET DU SOUTIEN

Causes

5. Pourquoi pensez-vous que cela arrive à [ENFANT]? À votre avis, quelles sont les causes de son [PROBLÈME]?

6. Qu'est-ce que d'autres membres de la famille [ENFANT], ses amis, ou d'autres personnes dans la communauté pensent être la cause du [PROBLÈME] de [ENFANT]?

Stresseurs et soutien

7. Y a-t-il des formes de soutien qui améliorent le [PROBLÈME] de [ENFANT], telles que le soutien de sa famille, d'amis ou d'autres personnes?

8. Y a-t-il des formes de stress qui aggravent le [PROBLÈME] de [ENFANT], telles que des soucis financiers, ou des problèmes familiaux?

Rôle de l'identité culturelle

Certains aspects de l'identité d'un enfant peuvent parfois améliorer ou aggraver son [PROBLÈME]. Par identité j'entends, par exemple, les communautés auxquelles il appartient, les langues qu'il parle, d'où lui ou sa famille sont originaires, sa race ou origine ethnique, son sexe ou orientation sexuelle, et sa foi ou religion.

9. Selon vous, quels sont les aspects les plus importants de l'identité de [ENFANT]?

10. Y a-t-il des aspects de l'identité de [ENFANT] qui ont une incidence sur son [PROBLÈME]?

11. Y a-t-il des aspects de l'identité de [ENFANT] qui lui causent d'autres préoccupations ou difficultés?

FACTEURS CULTURELS INFLUENÇANT L'AUTO-ADAPTATION ET LES ANTÉCÉDENTS DE RECHERCHE D'AIDE

Auto-adaptation

12. Les enfants et leur famille ont parfois recours à différents moyens pour faire face à leurs problèmes tels que [PROBLÈME]. Qu'a fait [ENFANT] et sa famille pour faire face à son [PROBLÈME]?

Antécédents de recherche d'aide

13. Souvent les enfants et leur famille recherchent aussi de l'aide de nombreuses sources différentes, incluant différents types de médecins, aidants, ou guérisseurs. Dans le passé, à quels types de traitement, d'aide, de conseils, ou techniques de guérison [ENFANT] et sa famille ont-ils eu recours pour son [PROBLÈME]? Quels formes d'aide ou types de traitement ont été les plus utiles? Étaient inutiles?

Obstacles

14. Y a-t-il quelque chose qui a empêché [ENFANT] d'obtenir l'aide dont il a besoin? Par exemple, l'argent, le travail ou les obligations familiales, la stigmatisation ou la discrimination, ou l'absence de services comprenant sa langue ou ses antécédents?

FACTEURS CULTURELS INFLUENÇANT LA RECHERCHE D'AIDE ACTUELLE

Préférences

Maintenant, si vous le voulez bien, parlons de l'aide dont [ENFANT] a besoin. 15. Quels types d'aide lui seraient le plus utile actuellement pour son [PROBLÈME]?

16. Sa famille, ses amis ou d'autres personnes ont-ils suggéré que d'autres formes d'aide lui seraient utiles maintenant?

Relation clinicien-patient

Des malentendus surviennent parfois entre les médecins/psychologues/(...) et les patients parce qu'ils sont issus de milieux différents ou ne partagent pas les mêmes attentes.

17. Êtes-vous préoccupé par cela et y a-t-il quoi que ce soit que nous puissions faire pour fournir à [ENFANT] les soins dont il a besoin?

Annexe 13 : Contenu des entretiens avec l'informateur Engue

CONTENU DES ENTRETIENS AVEC L'INFORMATEUR ENGUÉ

Premier entretien

Étudiant : Bonjour Monsieur,

Informateur Engué : Bonjour,

Étudiant : Vous êtes éducateur spécialisé au Centre Nationale de Réhabilitation des Personnes Handicapés. C'est bien ça ?

Informateur Engué : Oui c'est ça

Étudiant : Alors, dites-moi : vous vous occupez de quelle population concrètement?

Informateur Engué : Bon, on s'occupe des enfants qui ont une déficience mentale ou alors intellectuelle, des enfants autistes, des IMC, des enfants avec un Trouble de comportement, des enfants avec hyperactivité, avec le trouble de l'apprentissage, des enfants avec le troubles de langage. Donc voilà les différents cas que nous rencontrons au quotidien. Et aussi les enfants avec une déficience auditive et visuelle. Donc en fait c'est tous les types de handicap que nous avons et que nous entretenons au quotidien au centre.

Étudiant : Alors vous parlez de déficience mentale, des enfants autistes, des enfants avec des troubles de comportement, des enfants avec hyperactivité. Alors c'est quoi l'hyperactivité ?

Informateur Engué : L'hyperactivité c'est, de façon simple c'est un enfant qui manque de concentration. Son temps de travail est très réduit car il n'arrive pas à se donner pour une durée longue. Donc il a une petite durée par rapport aux autres enfants. Ce sont des enfants qui se laissent distraire par toute chose autour d'eux. Ils sont.... Ils sont Je sais pas... ce sont des enfants qui présentent aussi au niveau de la socialisation, je sais pas, des difficultés pour se socialiser parce que le fait d'être beaucoup actif souvent amène les autres à se sentir un peu gênés, c'est-à-dire comme des troubleurs. Donc comme s'ils dérangent leurs camarades donc ils ont ce problème de socialisation De comportement à force de trop jouer ils sont souvent violents parce que les jeux sont souvent un peu plus violents avec les camarades. Donc c'est ça l'hyperactivité et cette hyperactivité a des conséquences sur leur performance scolaire. On a juste parlé de la socialisation. Les compétences scolaires rencontrent beaucoup plus de difficultés. Vous savez, l'enfant a besoin d'écouter ce que l'enseignant dit pour pouvoir répéter et il faut un raisonnement pour pouvoir le faire et lorsque ce schéma est déjà perturbé parce que l'enfant n'arrive pas à écouter, cela a d'énormes conséquences, des impacts négatifs sur ses compétences scolaires.

Étudiant : Tout à l'heure, vous évoquiez le fait que ce sont des enfants qui présentent des difficultés au niveau de l'association. Alors comment on fait pour les retrouver au centre ? C'est-à-dire, comment font-ils pour s'y retrouver?

Informateur Engué : Au centre, il y a tout un parcours qui est fait. Le constat d'abord qui est fait, est que la plupart de ces enfants sont On peut dire renvoyés des autres écoles dites « normales », des autres écoles publiques dites normale. Lorsque ces écoles n'arrivent pas à prendre soins de ces enfants, alors il est vite fait d'orienter les parents, les enseignants de ces écoles on les demande d'aller au centre car c'est là que le problème peut être résolu. Donc, c'est comme ça qu'ils arrivent au centre des handicapés et lorsqu'ils y arrivent, la première des choses, c'est qu'ils font d'abord des bilans. Donc, il y'a un psychologue, un psychologue clinicien qui évalue l'enfant et ensuite, il y'a un psychomotricien qui va travailler avec l'enfant ; il y'a le médecin aussi qui évalue l'enfant pour voir ce qui l'attend ; le neuropédiatre aussi qu'il va partir rencontrer. Ce qu'il faut noter, c'est que cette hyperactivité a souvent des comorbidités parce qu'elles ne sont pas simples. Quand elles sont simples, les enseignants des autres écoles emploient des petites méthodes pour pouvoir les gérer. Alors ceux qui arrivent au niveau du centre, c'est souvent avec des comorbidités ; c'est souvent associé. Donc hyperactivité associé au trouble de l'attention, ce qui touche aussi au niveau de la déficience intellectuelle et tout l'apprentissage. C'est beaucoup les déficients intellectuels dans les troubles d'apprentissage dont quand ils arrivent on en voit au niveau du pédiatre pour voir s'il n'y'a pas d'autres problèmes. Et après toutes ces personnes qu'ils rencontrent, alors ils viennent au niveau de l'école et avec tout ce qui est fait soit avec le degré d'enfants parce qu'il y a aussi une évaluation sur le plan académique et ou scolaire qui est faite. Les enseignants spécialisés font cette évaluation et ils complètent avec ce que les psychologues, médecins, psychomotriciens ont fait et là, ils peuvent orienter l'enfant soit en éducation spécialisée qui est comme un laboratoire pour permettre à l'enfant de faire asseoir certaines facultés, certaines compétences. C'est-à-dire réduire cette hyperactivité pour lui permettre d'entrer à l'école inclusive ou encore on va l'envoyer directement à l'école inclusive, lorsqu'on se rend compte que les compétences scolaires sont acquises, qu'ils ont un degré déjà acquis.

Étudiant : D'accord ! Est-ce à dire que les enfants qui se retrouvent dans les écoles inclusives, c'est ceux-là qui ont un certain nombre de compétence, de capacité ?

Informateur Engué : Oui oui, de capacité sur le plan scolaire. C'est-à-dire l'hyperactivité associée au trouble de l'attention n'a pas vraiment impacter les autres domaines. Ces enfants peuvent se retrouver à l'école, déjà parce qu'il faut noter qu'il y a souvent des troubles associés ou alors des comorbidités qui viennent aussi s'associer à l'hyperactivité avec trouble d'attention, ce qui fait que lorsque certains de ces enfants n'ont pas ces troubles associés, ils sont facilement inclus dans le système éducatif. Mais quand il y'a d'autres troubles associés, ça devient difficile de pouvoir l'inclure. Il faut quand même voir comment éliminer ou alors diminuer un peu le degré de ces troubles là pour les permettre d'être insérés ou alors d'être inclus.

Étudiant : Alors est-ce à-dire que l'école inclusive fonctionne comme une école normale ? C'est -à-dire de la SIL jusqu'au cours moyen deux ?

Informateur Engué : Oui ! De la maternelle jusqu'au CM2

Étudiant : Et pareil pour l'école spéciale ?

Informateur Engué : L'école spéciale, il y a une différence. La première différence c'est au niveau du curriculum. Parce que le programme inclusif suit le programme institué par le ministre de l'éducation, mais l'école spéciale n'a pas de programme préétabli ; c'est l'enfant qui est son programme. C'est-à-dire quoi ? C'est-à-dire on travaille sur les centres d'intérêts, les différents domaines où l'enfant rencontre des difficultés font son programme scolaire sur lesquels nous mettons sur pied le programme scolaire éducatif personnalisé de l'enfant, et donc son projet éducatif. L'enseignant lorsqu'il reçoit l'enfant et tout ce qui a déjà été fait, avec une évaluation diagnostic qu'il fait au premier trimestre, sort son programme, il se déjà se mettre à travailler sur sa concentration et il va prendre les exercices de concentration qu'on va faire tout au long de l'année avec cet enfant. Donc on ne va pas trop s'occuper au niveau de l'écriture et de la lecture mais sur les exercices de concentrations et d'attentions, avec l'aide du psychomotricien qui va aider à travailler et du psychologue aussi par moment vont consulter aussi. Donc la session spéciale est par niveau et travaille beaucoup plus par objectifs pour pouvoir résoudre les difficultés des enfants et des apprenants qui sont présents. Pourtant l'école inclusive suit le système normal.

Étudiant : Et quand vous parlez de niveau ça renvoie à quoi concrètement ?

Informateur Engué : Alors chez nous au centre nous avons trois niveaux : le Niveau d'initiation qui est divisé en deux sous-niveaux : initiation 1 et initiation 2. Ensuite, quand les enfants quittent le niveau d'initiation alors si l'enfant est éduicable, c'est-à-dire s'il peut facilement s'intégrer au système normal inclusif, là on l'oriente au système inclusif. Si ce n'est pas encore le cas on l'envoie au niveau d'alphabétisation où on appuie encore les compétences au niveau de la lecture la mathématique et toutes les autres matières connexes. Là, on va toujours au rythme de l'enfant. Là-bas, il n'y a pas une certaine course. Alors si on se rend compte que les troubles associés aux TDAH ont tellement de l'impact au point où ça affecte le cognitif de l'enfant, alors on oriente l'enfant au niveau du cycle spécial. Il y a une classe qu'on appelle cycle spécial : c'est juste un niveau où on permet à l'enfant de travailler, de suivre les activités pratiques de la vie. Donc l'enfant peut arriver et on peut orienter l'enfant dans une formation professionnelle, nous allons peut-être l'initier dans une tôlerie, le jardinage donc toutes les activités que l'enfant peut faire parce que le cognitif, quand il est affecté, l'enfant ne peut pas être éduqué comme les autres. Donc on peut parler de trois niveaux : l'initiation, l'alphabétisation et le cycle spécialisé. Mais à partir du cycle spécialisé il y a une orientation qui se fait dans ces différents....

Étudiant : Alors une manière de dire on trouve des enfants TDAH ou alors hyperactif dans le deux sessions que ça soit session spéciale que ça soit école inclusive. Et au niveau de l'école inclusive pour l'instant, comment est-ce que ça se passe, la prise en charge se fait comment ?

Informateur Engué : Alors la prise en charge à l'école inclusive comme on le disait il y a un service complémentaire pour l'enfant. Je vous ai parlé du psychologue, du psychoclinicien, du psychomotricien aussi qui vient en renforcement au travail que l'enseignant spécialisé fait déjà en salle. Déjà en session inclusive, on a deux enseignants par classe pour permettre de mieux surveiller ces enfants. Donc, lorsque leur programme personnalisé éducatif est mis sur pieds, maintenant ce qui est fait c'est que le curriculum peut être modifié, si on se rends compte, comme on sait que ces enfants qui ont un taux d'attention un peu réduit, alors les questions qui sont posées seront un peu des questions qui vont rapidement touché ou alors le travail l'évaluation de l'enfant peut être fait de telle sorte que l'enfant ne prenne pas trop de temps pour réfléchir sur la question. Et donc, on réadapte les méthodes d'évaluation pour permettre à l'enfant de pouvoir mieux s'intégrer.

Étudiant : Alors tout à l'heure, vous avez évoqué le fait que ces enfants sont troubleurs, un peu violents... Comment est-ce que vous gérez ce genre de violence de trouble puisqu'ils se retrouvent dans une école inclusive où d'autres ne présentent pas les mêmes tares qu'eux ?

Informateur Engué : Je vous ai parlé d'évaluation diagnostique qui est faite. Pour cette évaluation diagnostique, le but c'est de déterminer le centre d'intérêt de l'enfant. Lorsque nous avons le centre d'intérêt de l'enfant, lorsque nous savons ses forces, nous avons identifié ses faiblesses, alors ce que nous faisons c'est qu'on utilise ses forces et ses centres d'intérêt pour pouvoir l'éduquer. On appelle ça le renforcement positif. Maintenant ce qu'on fait, c'est qu'on fixe des règles à partir de ses centres d'intérêt : « si tu respectes par exemple, si tu ne troubles pas quand nous sommes en train de travailler, alors ça va te permettre de jouer avec les autres », aussi si on se rend compte que son centre d'intérêt c'est le jeu, on va te permettre de jouer. Ou alors, si tu ne fais pas tu serais privé peut-être de jeux. Si c'est le goûter, on va lui dire que si tu ne fais pas ce qu'on te demande, on va te priver de ton goûté. On va donc trouver des astuces avec son centre d'intérêt pour pouvoir l'amener à développer le comportement approprié. Lorsqu'il punit parce que l'objectif c'est d'abord fixer les règles qu'on communique par l'enfant, il doit comprendre ces règles et lorsque maintenant il est puni, quand il croit qu'il est puni, il doit comprendre pourquoi il est puni. C'est ainsi qu'on arrive à canaliser ces énergies. On ne peut pas l'empêcher de jouer avec ses camarades, alors ce qu'on fait c'est de canaliser aussi les jeux pour eux pour pouvoir attendre son moment de jouer. Il doit se placer là, respecter les règles du jeu au quotidien et cela se fait aussi avec l'aide des parents parce que même à la maison le même travail doit continuer.

Étudiant : Sans toutefois vouloir vous couper, quand vous dites si tu ne fais pas tu vas faire ceci sachant que l'enfant TDAH c'est un enfant qui si on s'en tient à la littérature c'est cet enfant qui présente des difficultés même au niveau des fonctions exécutives. C'est-à-dire on dit qu'il n'a pas un certain nombre de choses au beau fixe. C'est cet enfant qui n'arrive pas, cette voix interne qui vient lui dire calme toi quand il faut se calmer. Alors est-ce que sa réussite toujours quand on lui dit que si tu ne troubles pas tu ne vas pas aller jouer ?

Informateur Engué : Alors ça ne réussit pas toujours. C'est pourquoi c'est un processus parce que le TDAH ce n'est pas un truc qu'on guérit, on essaie juste d'amoindrir l'impact de hyperactivité sur les compétences de l'enfant et chemin faisant aussi avec la médication parce qu'il y a certains médicaments qu'on donne aussi à ces enfants qui permettent de réduire les impacts de l'hyperactivité sur les compétences de l'enfant. Donc, c'est un processus ce n'est pas du jour au lendemain que cela s'arrête. Donc lorsque l'enfant ne fait pas, c'est vrai qu'on a fixé la règle, quand la règle n'est pas respectée, là il faut aussi de manière prompte faire appliquer ce qui doit être quand la règle n'est pas respectée. Quand il fait ce qui doit être fait, directement il reçoit son appréciation et quand il fait ce qui ne doit pas être fait, directement il reçoit, je peux dire, sa punition de façon prompte.

Étudiant : Alors est-ce à dire que ces règles. Comme vous venez de parler est-ce à dire ces règles sont spécifiques aux enfants TDAH qui sont déjà dans une école inclusive ou alors les règles s'appliquent également aux autres ?

Informateur Engué : Ce sont des règles générales car il faut éviter de stigmatiser l'enfant en disant que cette règle est pour toi. Donc ce qu'on fait, c'est qu'on essaie de mettre tous les enfants dans ces règles. Si on dit qu'en classe on ne bagarre pas c'est pour tous les enfants. Les enfants TDAH ne doivent pas sentir que non lorsque lui il bagarre, on le punit plus que les autres enfants qui ont bagarré. C'est-à-dire s'il y a une tolérance, cette tolérance doit être pour tous les enfants. Si il doit avoir un renforcement positif ou négatif, cela doit être pour tous les enfants parce que l'enfant TDAH, c'est vrai qu'il a ce trouble. Ce n'est pas pour autant dire que sur le plan émotionnel, il ne ressent rien. Sur le plan affectif, le domaine affectif, il ressent, il sait. C'est pourquoi, il aime quand on le félicite, quand tout le monde l'apprécie, l'applaudit que non tu as bien fait, tu t'es bien comporté. Donc, on appelle ça des méthodes inclusives comme les jeux de compétition. On peut mettre sur pieds le tableau d'appréciation, quand tout le monde a bien fait on coche, lui aussi quand il fait bien, on coche. On met aussi un enfant qui sourit, on met la fleur. Toutes ces méthodes pour permettre qu'il ne sente pas que ce que nous faisons, c'est pour lui et que ses camarades ne comprennent pas que c'est un enfant à problème.

Étudiant : À quel moment est-ce qu'on prend donc compte puisque c'est un enfant à besoin spécifique qui présente un trouble du déficit d'attention, qui doit avoir un certain nombre de « fonctions exécutives » qui ne sont pas au beau fixe. A quel moment, est-ce qu'on prend en compte ces particularités-là ? S'il est dans une école inclusive on essaie de le laisser se fondre dans la masse. Comment est-ce qu'on prend en compte ces particularités, sachant qu'il a des spécificités ?

Informateur Engué : Ok déjà je vous ai parlé du psychomotricien, de la psychologue. Donc, il y a des périodes, il y a des heures où il va travailler avec le psychomotricien et ce que l'enseignant fait il va trouver des heures supplémentaires pour se rattraper de ces heures qu'il a perdues. Oui donc, il a un temps pour se rattraper ou alors ce qu'on fait c'est que les heures où il part travailler avec le psychologue ou psychomotricien c'est des heures où se sont des activités que si lorsque l'enfant rate, ne crée pas un si grand impact dans sa progression scolaire.

Étudiant : Alors tout à l'heure vous évoquiez les règles au niveau de l'école inclusive, je voudrais qu'on en parle un peu. Comme c'est une école inclusive du centre national de réhabilitation, alors les règles sont-elles seulement au niveau de l'école inclusive ou alors comme c'est une institution il en existe également pour toute l'institution, si oui lesquelles ?

Informateur Engué : Bon l'institution déjà a un règlement intérieur qui régit le fonctionnement et la collaboration entre les différents personnels. Nous savons que la société a quand même mis sur pieds une certaine loi une certaine règle pour

permettre le bon fonctionnement des uns et des autres. En fait, la société dit on ne doit pas taper sur son collègue, on doit respecter les biens d'autrui. Ce sont ces mêmes règles qu'on veut aussi faire appliquer à l'enfant TDAH. Donc, ce sont ces règles sociales que tout le monde cherche à respecter. Donc l'institution a aussi un règlement mais les autres personnels de l'institution sont avertis sur les types d'enfants que nous avons. Parce que lorsqu'ils sont colériques, on sait qu'à un certain moment il peut se mettre à violenter les personnes ou s'automutiler. Là, on va parler des troubles associés donc les autres personnes sont avertis que ces sont des enfants à problèmes alors faut savoir aussi comment les manager, les gérer.

Étudiant : Alors en tant que institution, comment on fait pour être personnel ? Comme vous êtes éducateur spécialisé, ça se passe comment ? Comment le devient-on ?

Informateur Engué : Personnel ou éducateur ?

Étudiant : En tant que personnel

Informateur Engué : Personnel, c'est juste le recrutement. Tu déposes ton dossier de recrutement et le top management et le conseil d'administration valide ton dossier et on te recrute.

Étudiant : Et en tant qu'éducateur spécialisé ?

Informateur Engué : Bon en tant qu'éducateur spécialisé il faut passer par une formation. Bon là, c'est la différence. C'est que nous ne sommes pas vraiment des éducateurs spécialisés comme ceux qu'on forme au niveau des universités. Mais, ils sont des instituteurs spécialisés. Donc on suit une formation dans les centres privés qui nous donnent une formation sanctionnée par un CAPIEMP. On suit cette formation spéciale avec ces matières spéciales qui nous donnent un peu de comprendre ces différentes spécificités qu'on peut retrouver chez les enfants. Donc au lieu d'un an comme les autres le font, nous faisons deux ans de formation pour tous les instituteurs inclusifs.

Étudiant : Et depuis que vous y êtes, et avec tout ce que vous abattez comme travail, quelles sont les attentes ? Quelles sont les demandes ? Quelles sont les désirs ? Et l'institution joue-t-elle ce rôle ?

Informateur Engué : Dans tous les cas, l'institution joue ce rôle puisque déjà l'institution met à notre disposition le matériel dont nous avons besoin, même si souvent aussi l'éducation spécialisée demande assez de matériels. Mais déjà ce que l'institution met, nous faisons avec. Bon au niveau des attentes les traitements de l'environnement de travail, vous savez si tu travailles dans un environnement où tu n'es pas libre, c'est un peu compliqué. Donc l'institution, au jour le jour, travaille à nous produire un environnement de travail acceptable, conviviale pour permettre à ce que le travail ne nous assoit pas trop. L'institution reçoit à l'école et aussi les activités pour nous permettre de déstresser.

Étudiant : Comme quoi par exemple ?

Informateur Engué : Les activités culturelles et socioculturelles : les amicales comme on fait dans toutes les autres écoles. Donc c'est à ce moment qu'on oublie un peu le boulot et on parle d'autres choses pour permettre de combler un peu le vase qui se vide.

Étudiant : Est-ce qu'il y a un profil de carrière, comment ça se passe ?

Informateur Engué : Bon dans toutes les carrières, c'est un peu compliqué. Parce qu'en tant qu'instituteur au Cameroun, quand tu ne sors pas pour aller faire les autres cours de reclassements ou alors d'autres formations, tout s'arrête au niveau d'instituteur. Il n'y a pas vraiment en tant que tel un profil de carrière. Ça s'arrête là.

Étudiant : Et avec ça quelqu'un qui entre dans une maison qui reste sur place n'évolue pas avec ça n'a pas d'impacts, ça n'a pas d'effets sur le rendement ?

Informateur Engué : Ça a de l'impact sur le rendement. Parce que quand tu fais la routine, ça devient très dangereux. Lorsqu'aussi, tu ne te familiarises pas au nouveau changement parce que certes nous sommes dans les sciences sociales. Mais aussi évolutives, il y a les nouvelles découvertes. Donc l'impact aussi du personnel quand le personnel ne se fait pas formé, lorsqu'il n'y a pas une évolution de carrière pour dire qu'à tel niveau quand tu atteins déjà tel niveau, tu passes à d'autres niveaux. Ça va faire qu'à un certain moment, on peut sombrer dans la routine et on n'innove plus. Plus de créativité, le travail devient monotone et plus épanouissant et c'est ainsi qu'on s'attriste.

Étudiant : Et maintenant quelles sont vos peurs est-ce qu'il y en a en tant que personnel s'occupant des enfants hyperactifs ?

Informateur Engué : Bon la peur, c'est de ne pas comment dire satisfaire aux attentes des parents. Parce que ce sont des personnes lorsqu'elles viennent et surtout qu'on les oriente vers nous, eux ils sont sûrs que nous avons les solutions. Si après trois, quatre ans il n'y a pas de changement, ce sera vraiment très très décevant. Et sachant que s'ils quittent là, ils vont aller

de lieux en lieux ou alors ils vont aller laisser l'enfant fermé à la maison. Là, c'est notre grande peur, celle de ne pas satisfaire aux attentes des parents. C'est-à-dire de ne pas apporter un changement notable dans la vie de l'enfant pour lui permettre ainsi de pouvoir s'intégrer aussi socialement. Donc, ça c'est notre plus grande peur. Notre plus grande joie, c'est lorsque nous travaillons un deux trois ans, lorsqu'un parent après cinq ans revient nous voir que votre fils aujourd'hui est à tel niveau, ou il est au secondaire, il est en train de faire quelque chose là il a eu il a eu, il a eu... Nous sommes souvent très ravis d'entendre cela ; de savoir qu'on a pu corriger ou améliorer les conditions de ces enfants. Parce que le sort de ces enfants souvent c'est la maison. L'enfant est beaucoup plus à la maison et vous savez nous sommes dans une société capitaliste. C'est-à-dire si l'enfant n'arrive pas déjà à fréquenter, on sait déjà qu'il ne va pas produire. Alors le mieux serait que soit on l'envoie au village ou soit on l'enferme dans la maison.

Étudiant : Alors vous avez évoqué le parent tout à l'heure dans notre conversation. Je veux savoir à quel moment le parent participe dans l'éducation spécialisée de son enfant. Et si oui comment ?

Informateur Engué : Les parents participent tout au long de la chaîne. Même en éducation normale, on ne peut pas éduquer un enfant sans l'aide des parents. L'enfant appartient d'abord à ses parents. L'enseignant est là juste pour compléter l'éducation que le parent lui apporte et selon les directives que la nation a mise sur pieds. C'est-à-dire, il y a une communauté éducative qui a été mise sur pied mais l'enseignant est celui qui va prendre cette communauté éducative pour permettre aux parents de s'adapter dans cette ligne. Donc il est important que le parent participe. A tout moment, lorsque le parent arrive et ne comprend pas de quoi souffre l'enfant, les méthodes que nous appliquons souvent à l'école, le parent aussi a le devoir de les reproduire aussi à la maison, de travailler à la maison. Déjà pour le matériel, c'est le parent qui va payer les frais de consultation, de bilan parce l'école au centre est gratuite. Il n'y a pas de pension à payer. Donc ils payent juste les prestations qu'on va faire au niveau des enfants et là le matériel scolaire, le livre tout ça le parent fournit et ensuite le parent se rend disponible parce que déjà au centre, il y a ce qu'on appelle *l'école des parents*. Donc aussi on a deux sessions parents où les parents viennent et se font former pour continuer le travail à la maison. Donc pendant les vacances, les parents peuvent continuer à travailler avec les enfants.

Étudiant : Alors je vais encore revenir sur les enfants TDAH, si vous me permettez. Vous avez dit qu'il y a plusieurs spécialistes qui interviennent dans le diagnostic. Est-ce que vous vous limitez juste à recevoir ces enfants qu'on vous envoie en disant que ce sont des enfants TDAH ou alors à votre niveau vous posez ce qu'on appelle le diagnostic différentiel ?

Informateur Engué : Oui justement ! C'est ce que je vous ai dit, si vous m'avez bien écouté. Je vous ai dit qu'avec tout ce que les autres font, lorsque l'enfant est confié à l'enseignant, lui aussi passe un à deux mois à évaluer l'enfant. Nous appelons ça « évaluation diagnostique ». Et pendant ces évaluations diagnostiques, l'enseignant se rend souvent compte que peut-être tel spécialiste s'est même trompé ou n'a pas dit tout ou le parent aussi n'a pas souvent tout confié parce que vous savez, même pour poser le diagnostic d'un enfant TDAH, ce n'est pas une chose de 30 minutes. Ce n'est pas 10 minutes ; ce n'est pas 1h. Mais c'est au moins un an, 2 ans après, avoir observé l'enfant d'abord à l'aide de certains tests. Vous les psychologues vous venez pour conclure. Mais souvent dans notre contexte, ce sont les choses qui sont faites à la hâte. Donc l'enseignant est souvent obligé, parce que souvent quand ces évaluations viennent étant incomplètes, on n'a pas les centres d'intérêt de l'enfant. On n'a pas les forces de l'enfant. On a beaucoup plus les faiblesses de l'enfant : L'enfant ne fait pas ci, l'enfant ne fait pas ça. Maintenant qu'est-ce que l'enfant peut faire ? Ce sont ces centres d'intérêt que l'enseignant est obligé de s'y appuyer pour pouvoir développer les compléments appropriés.

Étudiant : Alors s'il fallait peut-être parler d'une limite de l'institution qui peut avoir un impact sur le devenir de ces enfants, que diriez-vous ? C'est-à-dire quelque chose que vous demandez toujours, peut-être une suggestion que vous avez toujours voulu porter au niveau de hiérarchie afin d'améliorer les performances ou le devenir de ces enfants. Ça peut être quoi ?

Informateur Engué : Juste le renforcement des capacités du personnel enseignant. Parce que chez nous aussi, on a les enseignants ordinaires, les instituteurs d'enseignement normal. Donc si on continue... Par exemple je vous ai parlé des évaluations diagnostiques. C'est une évolution qui se fait selon certains canevas, certains trucs. Mais on a besoin de faire certaines formations, peut être des petites formations psychologiques où on vient et on nous apprend certaines grilles d'évaluation tout ça et l'enseignant maintenant avec tout ce qu'il a sorti aussi peut-être une pour faciliter cela. Donc ce qu'on peut demander vraiment à l'institution, c'est renforcer les capacités des enseignants dans ce domaine-là avec des petites formations et aussi le matériel, fournir le matériel aussi...

Étudiant : Et quand vous regardez les enfants qui sont chez vous est-ce qu'ils se sentent chez eux ? Est-ce que ce sont les enfants qui se font accepter ?

Informateur Engué : Ah oui, ils se font accepter. Parce que les enfants valides qui sont chez acceptent facilement les enfants avec une déficience parce que pour eux c'est normal. Avec eux, ces enfants ne se sentent pas rejetés. Même quand ces enfants arrivent peut-être à mal se comporter ou avoir des comportements de repli, on voit ces enfants qui vont aller se plaindre chez l'enseignant et tout va revenir dans l'ordre. Donc l'inclusion les aide énormément. Et aussi le fait que le personnel aussi

les accepter. Aussi il n'y a pas un langage abusif, un langage violent « quitte là-bas, tu es têtue ; tu es ceci... » L'enfant se sent chez lui. Même le parent sent que son enfant est accepté.

Étudiant : Alors tout à l'heure vous évoquiez le fait qu'il y a un déficit dans la formation du personnel qui encadre les enfants TDAH. Prenons le volet psychologique, quelqu'un qui se retrouve avec ces enfants et qui ne connaît pas la psychologie de l'enfant TDAH, est-ce que vous pensez que celui-là peut produire des résultats escomptés, sachant que l'enfant TDAH demande un peu trop ?

Informateur Engué : Il serait vraiment difficile. Ça sera un peu difficile. C'est vrai qu'en formation, il a reçu des méthodes d'encadrement, d'évaluation de ces enfants. Mais comme je vous ai dit, ces renforcements de capacité vont permettre à l'enseignant d'être au pas et aussi plus. En fait, une formation plus ça nous ouvre les horizons, c'est-à-dire au niveau de la réflexion ça nous permet de créer de nouvelles lignes, de voir de nouvelles choses qui peuvent maintenant aider à mieux comprendre parce que certes les enfants TDAH sont là mais ils ne se ressemblent pas. Parce que je ne vous ai pas dit, on peut arriver chez un enfant il présente telles caractéristiques, on arrive chez un autre enfant, il présente d'autres caractéristiques. Donc se former n'est jamais de trop.

Étudiant : Est-ce qu'il n'arrive pas aussi de trouver des enfants TDAH en session spécialisée qui devraient plutôt se trouver en éducation inclusive ?

Informateur Engué : Non, il n'y arrive pas. Parce que lorsqu'en éducation spécialisée on travaille et qu'on se rend compte qu'un enfant doit être plutôt en éducation inclusive, directement on l'oriente là-bas. C'est notre décision. Quand on décèle cela rapidement, on ne perd pas de temps. On l'oriente très très rapidement.

Étudiant : Et s'il fallait peut-être parler du ratio, c'est-à-dire par an. Combien d'enfants TDAH peut-on recevoir ?

Informateur Engué : Bon je vais donner en des troubles associés. C'est en moyenne 54 enfants.

Étudiant : Alors peut-être une dernière question : si on vous demande de décrire l'enfant TDAH que vous avez dans vos salles de classe, comment les décririez-vous ?

Informateur Engué : Bon là, c'est vrai qu'il est toujours hyperactif comme on a dit. C'est-à-dire il n'arrive pas à se concentrer comme tous les autres ; il n'arrive pas à se concentrer ; il n'arrive pas à garder une relation, à bâtir une relation avec les autres. Il n'arrive pas à terminer ce qui lui est demandé ; ce qui lui est confié. Il n'arrive pas au bout ; il est toujours pressé ; il saute les étapes ; il n'arrive pas à bien s'entendre avec les autres. Donc, c'est un peu comme ça que ces enfants se comportent, malgré ce qui est fait au quotidien. Mais au-delà de cela, comme je l'ai dit plus haut, les autres troubles associés viennent aggraver encore sa situation. Souvent, ces troubles associés peuvent être au niveau physique, touchent le physique. Tu peux voir qu'il a une paralysie cérébrale mais tu le vois il est tellement agité. Ces mêmes enfants peuvent avoir des troubles psychiques parce que ce sont les troubles qui viennent s'associer avec un déficient intellectuel qui vient aussi s'associer. Tout ce qu'on peut faire, c'est beaucoup plus la formation d'un métier. Si c'est le cas, apprendre les compétences de la vie sociale, de la vie quotidienne, se tenir à table, être capable de respecter l'autre.

Étudiant : Quand vous regardez ces enfants, avez-vous l'impression qu'il y a une amélioration ?

Informateur Engué : Oui oui ! Il y a toujours une petite amélioration. Lorsque l'enfant est soumis, il est différent de l'enfant qui n'est pas soumis. Donc, il y a toujours une amélioration même si elle est moindre mais il y a toujours une amélioration.

Étudiant : Et dans ce suivi, vous arrive-t-il de prendre en compte les spécificités de l'enfant TDAH ?

Informateur Engué : Non non !

Étudiant : C'est-à-dire il y a un protocole

Informateur Engué : Certes il y a un protocole mais je vous ai dit que ce protocole dépend entièrement du centre d'intérêt de l'enfant, de ce que l'enfant aime, ses forces, ses faiblesses. Même s'il y a le protocole, cela tient toujours en compte de ses trois aspects parce qu'on ne peut pas faire sans centre d'intérêts. Si l'enfant ne veut et que tu le forces, il ne va pas pouvoir. C'est pourquoi, on utilise son centre d'intérêt pour pouvoir améliorer ses faiblesses ; on utilise ses forces pour améliorer ses faiblesses.

Étudiant : Alors nous venons comme ça de mettre un terme, de finir l'entretien s'il arrivait qu'on vous sollicite pour la prochaine fois si à jamais il y a encore des zones d'ombre est-ce que vous serez toujours disponible ?

Informateur Engué : Non nous serons toujours disponible parce que tout ce que nous voulons c'est que ces enfants et le handicap en général soient réduit de manière considérable, qu'on solutionne. Nous disons merci déjà du fait que plusieurs

personnes s'intéressent dans ce domaine et le fait également que plusieurs personnes s'intéressent à ce domaine permet à ce que le diagnostic devienne de plus en plus spécifique et cela permet que de plus en plus on puisse déjà avoir des statistiques de ces enfants. Ça permet qu'on s'intéresse déjà à la chose et on commence déjà à trouver des causes et cela va permettre que d'être dans le passé où ne connaissant pas les causes, on disait que c'est la sorcellerie, c'est le voisin qui a fait ci.

Étudiant : Et parlant de causes pour arracher cette question-là, quelles sont les causes qu'on vous renvoie de temps en temps sur ces enfants, que disent les parents sur la survenue de ce trouble chez leurs enfants ?

Spécialiste Galim : Bon les parents ont toujours dit qu'ils ne comprennent pas, que c'est mystique... Bon ils vont te dire qu'on ne sait pas ce qui s'est passé avec l'enfant : « mon enfant est devenue comme ça, je ne comprends pas pourquoi mon enfant se comporte comme ça... » Mais pour dire vrai, les causes vraiment ne sont pas spécifiques. Elles sont vraiment méconnues. C'est dans le développement de l'enfant qu'on se rend compte que cet enfant a des difficultés. Parce que vous voyez, c'est à partir de deux ans trois ans que les enfants jouent normalement mais quand tu vois qu'à trois ans, quatre ans, il n'arrive pas à se stabiliser, il ne veut pas écouter une instruction, il n'arrive pas à suivre, à jouer normalement avec les autres, c'est où ça commence à attirer l'attention et quand il arrive à l'école aussi, l'âge scolaire... C'est vrai qu'on va émettre certaines causes mais souvent les causes sont incertaines.

Étudiant : Et lorsqu'ils attribuent ce qui arrive à leur enfant à de la sorcellerie par exemple, que faites-vous à ce niveau ?

Informateur Engué : Normalement, nous sommes au monde de la science. Donc, on va se focaliser sur ce que la science dit. Lorsque le parent vient déjà et il dit cela, on ne lui dit pas que ce qu'il dit n'a pas de sens. On écoute le parent et sachant qu'au fur et à mesure nous allons continuer à travailler avec le parent. Là où il n'y a pas de réponse, on remet entre les mains de Dieu. On va dire au parent de prier de continuer de persévérer.

Étudiant : Et est-ce que le parent intervient également dans la prise en charge de son enfant ? Est-ce qu'il vous propose des solutions ou alors est-ce qu'il vous arrive souvent de leur demander ce qu'ils proposent pour gérer ce genre de situation ?

Informateur Engué : Bon, on a dit quand le parent vient vous confié son enfant. C'est qu'il sait que toi tu as la solution, c'est ça. S'il sait que tu n'as pas de solution ce que lui le parent ne va jamais venir te voir. Il va gérer à la maison. Mais lorsque le parent quitte déjà chez lui et vient déjà nous rencontrer, il sait que nous avons la solution et il ne fait que nous écouter et ne suit que ce que nous lui disons. Son enfant est à nous.

Étudiant : Alors là, j'en profite on est déjà on peut déjà merci déjà pour l'entretien

Deuxième entretien

Étudiant : Monsieur le directeur bonjour ! Vous êtes éducateur spécialisé c'est bien ça ?

Informateur Engué : oui

Étudiant : alors, dis-moi, c'est quoi un éducateur spécialisé ?

Informateur Engué : un éducateur spécialisé est un professionnel de l'éducation qui prend en charge des personnes à besoin spéciaux, donc des personnes qui ont besoin d'un encadrement supplémentaire pour leur permettre d'atteindre le niveau ou alors un besoin particulier en ce qui concerne l'éducation.

Étudiant : alors, quand vous parlez de personnes à besoins éducatifs spéciaux ou alors à besoins spéciaux ça veut dire quoi concrètement ?

Informateur Engué : en termes d'éducation, cela réfère beaucoup plus à la personne qui est porteur d'un handicap ou alors d'une incapacité telle que la loi le définit.

Étudiant : et là, c'est quelle population plus spécifiquement ?

Informateur Engué : dans la classification on peut avoir des Autistes, déficiences intellectuelles, troubles d'apprentissage ; on peut avoir des sciences, motrices, le polyhandicap

Étudiant : et le trouble de déficit d'attention fait partie de quelle catégorie parmi ce que vous avez listé ?

Informateur Engué : nous classons le trouble de déficience et d'hyper activité dans les troubles d'apprentissage.

Étudiant : dans les troubles de l'apprentissage, d'accord ! Alors, dis-moi, qui pose ce genre de diagnostic au centre ?

Informateur Engué : ok ! Déjà ce qu'il faut savoir au niveau du centre en ce qui concerne les diagnostics, c'est toute une équipe qui se réunit pour le travail. Nous avons une équipe pluridisciplinaire ou alors une commission pluridisciplinaire d'admission de chaque enfant au présente des troubles. Et dans cette commission nous retrouvons d'abord à la tête un médecin qui constate d'abord qu'il y a un problème, après il va référer le cas d'abord chez le psychologue, non, d'abord chez le neuropédiatre, ensuite le psychologue clinicien (parce que nous avons un psychologue clinicien) ; ensuite nous avons le psychomotricien qui va faire une évaluation au niveau du degré afin de pouvoir voir comment réduire cela. Donc voilà en quelque sortes comment se passe le diagnostic parmi ces trois personnes et à la fin du diagnostic de ces trois personnes il y a un bilan qui sera fait par l'éducateur, donc il va s'asseoir pour conclure. En fait, toute cette commission va conclure le bilan en disant, bon, tel enfant a tel soucis et on va l'orienter dans une salle de classe.

Étudiant : alors, avec quel outil est-ce qu'ils posent ce diagnostic ?

Informateur Engué : en ce qui concerne les outils, bon, je ne suis pas trop avec les médecins, parce que le médecin a son outils de diagnostic, le neuro-pédiatre a son outils, le psychologue a son outils et le psychomotricien a son outils aussi ; donc, je ne suis pas bien placé, ce qui m'intéresse le plus en tant que directeur d'école c'est le rapport du bilan qu'on me donne à la fin avec les items qui sont cités pour montrer que bon, voilà ce que nous avons observé sur telle période et nous pouvons confirmer que cet enfant a des troubles d'apprentissage ou d'hyper activité.

Étudiant : d'accord ! Alors, et les informations qu'ils utilisent, même si on peut ne pas savoir quel outils ils manipulent, mais d'où leur viennent les informations ?

Informateur Engué : les informations qui leur viennent...alors, si ce n'est pas un enfant en âge de pouvoir répondre aux questions, le parent est celui qui répond aux questions. Donc la première source c'est le parent ; la seconde source c'est l'observation, par observation aussi de l'enfant ; la troisième source aussi c'est l'enseignant, si l'enfant était déjà scolarisé on pose aussi la question à l'enfant. Donc on a le parent comme source d'information, on a aussi l'observation que le psychologue ou ces spécialistes peuvent poser, et il y a aussi les enseignants qui peuvent... au fait on pose des questions qu'enseignants, on fait des interviews avec des enseignants pour savoir pourquoi cet enfant n'arrive pas à atteindre, avoir les mêmes performances que les autres. L'enseignant me dit peut-être qu'il est très agité, il ne se concentre pas, il n'est pas attentif en classe...et là ça permet au psychologue et aux autres spécialistes de se rendre compte qu'effectivement il y a un problème.

Étudiant : d'accord ! Avec votre permission je voudrais qu'on retourne sur le TDA.

Informateur Engué : oui

Étudiant : qui est l'enfant TDA selon vous ?

Informateur Engué : alors, tel que le sigle (parce que ça c'est un sigle, TDA c'est un trouble) ; donc on a le T qui est un trouble, donc TDA c'est déjà un trouble, au niveau du trouble de l'attention, et de l'hyper activité tel que le sigle le dit. Donc, ce sont des enfants qui ont des soucis d'être concentrés pour un bon bout de temps. Si je prends par exemple selon l'âge, tu prends un enfant de 4ans en principe qui ont des concentrations au moins pour 25min tel que se définit selon les enfants normaux, de 25 min, parce que les activités sont définies en fonctions des degrés de concentration, donc de 25 min ; on voit qu'un enfant TDA, pour lui, au moins à 5minutes il n'arrive pas à pouvoir rester focalisé sur la leçon qui est faite, après 5 min il va demander peut-être à sortir, à se lever, il va peut-être poser les questions à son camarade. et lorsqu'on est dans l'hyperactivité maintenant, certains d'eux vont commencer à être hyperactifs, c'est-à-dire très agités, lorsque une instruction ou une consigne est donnée, sans même réfléchir il lève le doigt ; lorsqu'on est en train de jouer avec ses camarades, sans même attendre son tour il se lève pour se placer, lorsqu'on dit alignez-vous, toujours pressé dans tout ce qu'il est en train de faire...donc ça c'est au niveau de l'hyperactivité. Donc j'utilise juste le sigle pour pouvoir définir l'enfant TDA.

Étudiant : d'accord ! Selon vous, ayant été en contact avec ces enfants, et peut-être avec les parents, qu'est-ce qui peut expliquer ce genre de comportement ?

Informateur Engué : bon, vous me renvoyez là au niveau des troubles de l'attention, de déficience et de l'hyperactivité ?

Étudiant : oui

Informateur Engué : bon je pense que ce qui cause souvent ça, on compte souvent des facteurs : il y a les facteurs environnementaux, les facteurs biologiques si je peux le dire ainsi, il y a l'alimentation du parent pendant la grossesse dont on dit qu'il y a un impact au niveau de l'enfant ; nous avons aussi les causes biologiques ou mentaux, aussi peut-être la nutrition

de l'enfant entre 0 et peut-être quand il 3ou 4ans,lorsqu'on dit qu'il a besoin d'assez de glucose dans son alimentation, parce que certains psychologues avec qui j'ai échangé me faisaient comprendre que dans le traitement de l'enfant TDA, lorsqu'on réduit la quantité de glucose ça a une influence aussi leur hyperactivité, donc on pouvait conclure à ce moment-là que le fait de consommer assez d'aliments qui ont du glucose peut avoir un impact sur le temps de concentration ou sur le degré d'activité de l'enfant, donc c'est juste ces deux causes majeures ou premières que j'ai eu à noter. Bon, pour les autres causes, je n'ai pas trop étudié les causes au niveau de la neuroscience qui mène beaucoup d'études à ce niveau pour voir si le problème ne vient pas au niveau des neurones, de la construction, du développement des neurones...je n'ai pas des informations claires pour pouvoir me prononcer à ce niveau.

Étudiant : et les parent, à quoi est-ce qu'ils attribuent ce qui arrive à leurs enfants ?

Informateur Engué : alors, certains parents qui n'ont pas d'informations ou qui ne font pas de recherche, ont l'impression que leur enfant est différent, pensent peut-être qu'ils ont été maudits ou alors c'est une malédiction qui vient de quelque chose culturelle, une cause culturelle peut-être parce qu'ils n'ont pas fait tous les rituels que leur enfant n'arrive pas à se comporter comme les autres. Donc c'est ça un peu, pour le parent c'est ça, c'est beaucoup plus, ils ne voient pas quelque chose de biologique, quelque chose de normale, c'est autre chose surtout sur le plan culturel, mysticisme, sorcellerie...c'est tout ce qu'ils peuvent se dire...

Étudiant : alors, avec toutes ces multiples causes, comment est-ce que vous accompagnez ces enfants au quotidien ?

Informateur Engué : bon, alors l'accompagnement, revenons peut-être du côté des causes, qui laissent souvent les parents désespérés parce que l'enfant naît naturellement c'est-à-dire normale , il n'a aucune déformation, il n'a aucune anomalie à la naissance, le test sanguin est normale, on les rassure que votre enfant va bien... mais à partir de 1an- 2ans, il se rend compte que c'est autre chose quand il veut inscrire l'enfant à l'école les enseignants se mettent à se plaindre ...donc avec ça , ils ne connaissent pas les causes, c'est ce qui amène les parents à se dire que c'est quelque chose de fabriqué, c'est quelque chose qu'on a fait, ce n'est pas quelque chose de naturelle . Bon, à partir de maintenant des troubles lorsque nous avons un enfant, c'est vrai parfois que lorsque l'enfant arrive en bas âge, on ne va pas conclure directement que cet enfant est TDA. Alors, nous prenons du temps pour observer l'enfant, parce que nous savons bien que de 1 à 4 ans l'enfant est à une période de découverte ; et quand l'enfant est en période de découvrir, il veut tout toucher, il veut tout faire, surtout un enfant qui a grandi dans un environnement où il y avait beaucoup de stimulus dans ce sens, donc on l'a exposé à beaucoup d'objets, alors il est beaucoup actif. Ce qu'on observe, c'est pour voir si ce n'est pas à cause de son environnement ou de l'âge, donc là c'est le premier critère, donc on est d'abord plus patient dans ce cadre et on essaye avec le temps et les activités qu'on fait de développer beaucoup plus les activités de concentration. Et comme je vous l'ai dit au début, le diagnostic se fait par une équipe pluridisciplinaire et aussi avec le suivi de l'enfant, ce n'est pas l'encadreur ou l'enseignant qui le fait seul, mais le psychologue aussi propose un suivi thérapeutique , si je peux dire comme ça, tel qu'ils appellent dans leur contexte ... qui va leur dire que voici les domaines sur lesquelles il faut travailler , voilà les activités qu'il faut mener pour permettre à l'enfant de rester en concentration. Le psychomotricien Lui aussi, va aussi travailler avec cet enfant, il aura ces deux ou trois séances par semaines pour travailler à réduire ou alors à augmenter le degré de concentration ou de focalisation dans l'activité chef l'enfant. Donc il y a ce suivi pluridisciplinaire ! Au niveau de l'enseignant comme j'ai dit, donc il y a des activités qui aident l'enfant à ce concentrer, suivi des renforcements.

Étudiant : activités comme quoi par exemple ?

Informateur Engué : alors nous avons l'activité, comme on peut dire par exemple les mains sur les tables. Les enfants arrivent le matin comme c'est beaucoup plus le temps de l'éveil, après l'éveil on va leur dire, bon asseyez-vous, on va voir la personne qui va poser les mains sur la table pendant 5minutes ou 3 minutes, et tout le monde pose les mains ; et l'enseignant ayant un projet, parce qu'au préalable j'ai oublié ... au préalable il y a un projet de vie de vie pour cet enfant , ce qu'on appelle un programme d'éducation spécialisée ou alors individualisée (PEI). Dans le PEI l'enseignante va mettre les activités qu'elle va faire par jour avec l'enfant et avec un temps bien défini. Alors, si la première activité par exemple c'est les mains sur la table, elle va voir si l'enfant sera capable de poser les mains pendant une minute, parce que l'enfant TDA ne peut pas tenir pendant 1 min ou 2 min. alors lorsque l'enseignant va débiter cela avec ses camarades, elle va dire posez les mains sur la table et on va voir celui qui va gagner, alors elle met son chrono pour voir si l'enfant TDA résiste, alors elle va accompagner l'enfant par des renforcement comme j'ai dit, positif, en disant par exemple "applaudissez pour l'enfant X ou Y qui a bien fait ou applaudissez pour tel enfant qui a gagné", et on applaudit, l'enfant ne se rend même pas compte . Ça c'est une première activité qu'on fait avant chaque leçon. Dans d'autres activités, il y a d'autres activités pratiques comme le coloriage, l'enfilage, il y a aussi ...en anglais on parle de sorting (excusez-moi je suis beaucoup plus un anglophone), donc il y a le sorting, il y a le triage qu'on fait avec les enfants. Par exemple l'enseignant peut prendre des graines de quelques céréales (maïs, haricot) de plusieurs couleurs et elle mélange ça elle pose, et elle demande à l'enfant de retirer des graines de haricot et l'enfant va choisir, ça c'est le triage par exemple. L'enfilage, On peut par exemple prendre une corde et on donne à l'enfant et on lui dit tu dois enfiler toutes les perles et on chronomètre le temps, et c'est un dosage qui se fait progressivement, parce qu'on a bien

dit qu'ils ont le trouble d'attention, cela signifie que c'est fatigant, il se fatigue rapidement, donc l'enseignant sait comment doser au fur et à mesure les activités sans pour autant perturber le cycle d'enseignement des enfants normaux, pour ne pas perturber les enfants dits « valides ». Et lorsque cet enfant a des troubles associés, parce qu'on a trouvé des enfants qui ont des troubles de TDA avec des troubles de comorbidité, on peut suspecter chez l'enfant un TSA comme ils ont souvent des caractéristiques...

Étudiant : c'est-à-dire quoi ?

Informateur Engué : trouble de spectre autistique(TSA)

Étudiant : donc comme on dit trouble envahissant de développement(TED)

Informateur Engué : bon, de nos jours on utilise plus les TED, on utilise beaucoup plus les TSA. D'après la DSN, TED est révolu c'est beaucoup plus la TSA. Donc comme ils sont encore au plus jeune âge, ils présentent souvent des mêmes caractéristiques que les enfants TDA(manque de concentration, troubles , perturbation des cours...donc quand on voit cela, on les met dans une classe dite spéciale où on les observe encore plus et chaque fois on fait un rapport au psychologue , qui peut nous dire que non cet enfant n'a pas de troubles envahissant du développement ou il n'est pas autiste et directement on continue plutôt avec un traitement au niveau du TDA. La prise en charge aussi est souvent médicamenteuse et ça c'est du sort du neuropédiatre ; lorsque c'est trop élevé, alors il peut prescrire souvent certains médicaments, pour permettre à l'enfant d'être un peu plus calme, si je peux le dire ainsi. Bon voilà un peu comment se passe le suivi...

Étudiant : merci ! Alors, tout à l'heure vous avez fait allusion aux activités qu'on mène sur ces enfants, telles que les mains sur la table, le triage, l'enfilage... alors, ces activités activent quoi concrètement, c'est pour améliorer quoi sur ces enfants ? Prenons le cas de « les mains sur la table », ça active quelle fonction ?

Informateur Engué : très bien ! En fait, ça fait travailler l'attention chez l'enfant, la concentration aussi. Alors, lorsqu'on prend le (parce qu'il faut noter que quand un enfant a un trouble d'attention et il est aussi hyperactif, ça joue beaucoup sur ses fonctions cognitives, certes il n'a pas un retard intellectuel, mais ça perturbe ses fonctions cognitives)... donc il est important lorsqu'on met les mains sur la table de travailler à ce niveau la concentration uniquement. Maintenant, quand je viens au niveau de l'enfilage par exemple ou du triage, là ça permet à l'enfant de travailler l'attention, la concentration et aussi même la focalisation et ça permet d'améliorer le raisonnement.

Étudiant : ok ! Tout à l'heure aussi vous avez fait allusion à un suivi qui ne se fait pas par une seule personne, mais qui se fait en équipe. Alors, à quel niveau est-ce que le parent intervient dans ce suivi ?

Informateur Engué : je dirais à tous les niveaux, parce que lorsque le psychomotricien intervient, c'est avec le parent qu'il accompagne l'enfant ; il y a des séances qu'il va donner des exercices au parent pour aller aussi continuer avec l'enfant à la maison. A l'école il y a ce qu'on appelle les devoirs, donc les feedback qu'on donne aux parents pour continuer à travailler avec les enfants ; même avec le médecin, si le parent n'est pas là pour savoir qu'à tel moment il faut donner tel médicament à l'enfant, l'enfant ne peut pas prendre le médicament seul, donc le parent participe à tous les niveaux de la chaîne de suivi, on le fait avec le parent qui , lui aussi , doit être au courant de ce qui se passe avec l'enfant, les actes qui sont faits et c'est lui qui produit le matériel... le parent est une pièce motrice dans le développement de l'enfant TDA.

Étudiant : alors, si je comprends bien, est-ce à dire que le parent est avant, il est tout au long du processus, il fournit les informations et chemin faisant il accompagne dans l'évolution. A quel moment on l'implique, c'est-à-dire, il accompagne pour le bien-être de l'enfant ou est-ce qu'il arrive aussi qu'on pense à lui ?

Informateur Engué : oui, nous pensons à lui ; parce que nous avons chez nous ce qu'on appelle le suivi parental, l'accompagnement parental où on éduque aussi les parents, on informe les parents, on organise des séminaires, les parents viennent aussi s'asseoir toute une journée et on leur dit certaines informations en ce qui concerne leurs enfants pour les amener à mieux comprendre ce qui arrive à leurs enfants. Donc hors mis le fait de prendre part à certaines séances thérapeutiques, il y a aussi des journées où ils viennent, on leur explique et à leur tour ils présentent les difficultés qu'ils rencontrent à la maison selon les thématiques qui sont présentées. Ça leur permet d'avoir un aperçu globale et aussi d'être des professionnels de la chose, parce que pour dire vrai, il y a une période où l'école est fermée 3 mois, 2 semaines, et c'est beaucoup, il faut que pendant ces moments le parent puisse aussi mener certaines activités avec les enfants.

Étudiant : d'accord ! Pour résumer, est-ce à dire que quand le parent vient c'est pour davantage l'outiller sur le bien-être de l'enfant ?

Informateur Engué : c'est ça ! Parce qu'en principe, le but c'est de pouvoir vraiment faciliter l'épanouissement familial. Lorsqu'un enfant n'arrive pas à s'épanouir dans sa famille, même nous à l'école on va souffrir. Donc s'il est à l'aise à la maison, les parents l'acceptent, les frères et sœurs l'acceptent, à l'école aussi ses performances seront vraiment différentes.

Étudiant : tout à l'heure vous avez fait allusion aux facteurs de risque, comme l'environnement ; l'alimentation, et quelques facteurs de risques que les parents listent souvent à savoir, ça peut être la sorcellerie... alors, dans la prise en charge, est-ce qu'il vous arrive de prendre en compte ces facteurs-là, si oui, comment ?

Informateur Engué : dans la prise en charge nous prenons en compte ces facteurs ; par exemple, sur l'alimentation, on pose la question au parent pour savoir sur quoi vous nourrissez l'enfant ; et on se rend souvent compte que c'est beaucoup plus les lipides, glucides (glucoses), l'alimentation riche. Alors à ce niveau on va demander au parent de baisser, de réduire et de remplacer par d'autres aliments qui ne sont pas trop riches (jus naturels...) donc voilà peut-être un facteur qu'on prend en compte au niveau de la prise en charge de l'enfant. Souvent aussi nous nous rendons compte que les TDA sont accompagnés des troubles de l'anxiété. Et quand on détecte un trouble de l'anxiété, on va causer avec le parent de revoir l'environnement à la maison qui va permettre(parce que cet environnement est créé automatiquement à l'école, c'est un cadre accueillant, l'enfant se sent plus en sécurité et on voit que l'enfant est plus épanoui à l'école et on se rend compte considérablement que les effets du trouble baissent au fur et à mesure et ça permet à l'enfant d'atteindre un certain niveau)... mais on se rend souvent compte que quand ils partent à la maison et quand ils reviennent ici ce n'est pas la même chose ; donc ça permet aussi que pendant qu'on échange avec les parents on se rend compte que cela vient de la maison et on essaye un peu d'aider les parents à créer un cadre plus convivial qui va permettre aux enfants de mieux se sentir à l'aise et plus épanouis à la maison, donc cela est pris en compte.

Étudiant : d'accord ! Et parmi ces facteurs, est-ce que l'accompagnement tient aussi compte de l'âge de l'enfant ?

Informateur Engué : bien sûr ! Comme je l'ai dit au préalable, ça tient vraiment compte de l'âge de l'enfant beaucoup plus. Vous savez, même les adolescents à un certain moment devient vraiment beaucoup déconcentré, donc si on ne prend pas compte de facteurs âge, pour dire que bon, un enfant normal à ce stade voilà comment il doit se comporter, maintenant celui-ci pourquoi est-ce qu'il ne respecte pas la norme. Donc le psychologue avec les éducateurs tiennent vraiment en compte les facteurs « âge » pour savoir si est-ce que c'est normal, est-ce que c'est anormal, est-ce que c'est l'environnement, est-ce que ce sont les facteurs biologiques... parce qu'il y a des enfants, vers 8 ans – 9ans qui ont déjà des caractéristiques pubères, des caractères sexuels secondaires. On se pose vraiment des questions, est-ce que ce n'est pas vraiment ça

Étudiant : est-ce qu'ils vous arrivent souvent de recevoir des parents qui se plaignent sur le comportement de l'enfant à la maison et la façon dont ils répondent face à ce comportement ? C'est-à-dire parler des pratiques éducatives ; et à ce niveau qu'est-ce que vous faites ?

Informateur Engué : oui nous avons des parents, parce que comme je vous l'ai dit, on fait aussi un suivi parental, on essaye d'équiper les parents et on leur pose des questions sur comment est-ce que ça se passe, et ils nous disent. Quand ils ne veulent pas suivre, on dit au parent que ça développe aussi d'autres troubles comme les troubles d'anxiété, donc on peut dire au parent maintenant de changer les stratégies éducatives et d'utiliser d'autres ; de découvrir les centres d'intérêts de l'enfant, de découvrir ses forces et de nous dire, qu'est-ce que l'enfant aime faire, et maximiser plutôt au niveau des centres d'intérêts de l'enfant...

Étudiant : waouh ! Ça c'est fantastique ça ! Alors, avec tous ces facteurs, est-ce qu'il y a souvent des facteurs qui sont plus prioritaires que d'autres, si oui, lesquels ? Ou alors quand un enfant arrive et que vous commencez à l'accompagner, vous ciblez tous les facteurs, est-ce qu'il y a souvent une priorité, si oui lesquelles ?

Informateur Engué : nous n'en avons pas vraiment, je ne vais pas parler de facteurs prioritaires, parce que tout ce qui nous intéresse, ce sont les performances scolaires de l'enfant ; est-ce que cet enfant, ses performances sont normales ? Est-ce qu'il est au seuil de la moyenne de la classe ? Lorsque la réponse est non ; pourquoi ? Qu'est-ce qui ne va pas ? Est-ce que l'enfant a un trouble (parce qu'il faut rappeler que ça c'est un centre spécialisé) ; et on essaye de voir sur ça, surtout quand l'enfant vient d'arriver à l'école et que c'est la première fois. Mais quand l'enfant vient d'une autre école, on pose la question au parent, pourquoi votre enfant vient ici, qu'est-ce qui a été dit ? Allez voir le médecin, allez voir le psychologue qui va nous faire un rapport et dire effectivement ce qui ne va pas. Donc il n'y a pas vraiment de facteurs s'il y a des performances normales ou au-dessus de la normale, nous sommes interpellés à pouvoir agir et on va chercher la cause, qu'est-ce qui empêche à cet enfant d'évoluer. Alors si ce sont les TDA, on va prendre en compte tous les facteurs de TDA et on ne néglige rien.

Étudiant : est-ce qu'on donne le même poids à tous ces facteurs ?

Informateur Engué : oui, on donne le même poids à tous ces facteurs. Souvent au niveau de l'alimentation par exemple, quand on prend un facteur de l'alimentation, parce que les causes sont biologiques, quand on veut accentuer, le médecin va certifier. Mais si ce sont les facteurs environnementaux, on va revoir la nutrition, si l'environnement agit sur le comportement de l'enfant, le psychologue va travailler là, parce que ça ne demande pas trop d'énergies que lorsque c'est biologique ; parce que tu le sais, lorsque c'est un problème biologique, c'est souvent un peu difficile de pouvoir remédier à ça.

Étudiant : tout à l'heure vous parliez de performances scolaires ; comment est-ce que vous appréciez les performances scolaires de ces enfants ? Est-ce ça évolue, est-ce que ça s'améliore, si oui, comment ?

Informateur Engué : alors, comme je disais, les techniques ou les méthodes d'apprentissage sont mis en place pour pouvoir travailler, c'est dans le but d'améliorer. Lorsque nous voyons amélioration, automatiquement aussi on revoit les méthodes, on revoit aussi le dosage, on revoit le temps que nous mettons au niveau du travail. Si les performances décroissent, alors on revoit aussi automatiquement les doses, et on peut aussi augmenter le temps de travail avec cet enfant, ou alors peut-être on se rend compte qu'on est passé à côté de quelque chose, ça nous permet peut-être de revoir au niveau des comportements de l'enfant, avec le psychologue social on peut encore voir le travail qu'il y a à faire, il descend sur le terrain à la maison, on revoit aussi le psychologue qui va nous dire qu'est-ce qui se passe, on va faire des réévaluations de cet enfant et poser aussi le problème à son médecin, peut-être sur le suivi médical l'enfant aurait eu une infection qui pouvait effectivement le perturber... on essaye de se poser des multiples questions et on se réfère à tous ces spécialistes qui vont aussi aller et venir nous rendre compte.

Étudiant : d'accord ! Et sur le plan social, comment est-ce que l'enfant TDA se comporte d'ordinaire ?

Informateur Engué : c'est vrai que l'enfant TDA, comme je vous l'ai dit, lorsque l'enfant est hyperactif, il a tendance à être violent, agressif au niveau de ses frères... c'est vrai parfois que ces faits-là amènent leurs camarades à leur mettre de côté, à leur mettre à l'écart de tout ; parce que quand il va arriver, il veut passer en premier, et il va mettre ses camarades à l'écart parce qu'il veut à tout prix se protéger, il veut à tout prix se défendre qu'il va devenir violent envers ses camarades, il va détruire des choses en voulant toujours perturber les autres et va devenir quelqu'un d'antisocial avec ses camarades. Donc au début, c'est ce trouble qui l'amène à ne pas vouloir suivre les règles comme les autres, à ne pas attendre son tour quand il s'agit des jeux avec ses camarades, à vouloir toujours s'imposer, à plus parler que les autres... va amener ses camarades à le mettre à l'écart. Et lorsqu'il se trouve à l'écart, il va développer des mécanismes de défenses, et à ce moment il devient violent, il veut toujours détruire ce qui se passe, il veut toujours empêcher les autres aussi de pouvoir s'épanouir.

Étudiant : et sur le plan émotionnel, est-ce que c'est un enfant qui verbalise ses émotions ? Ou alors il les garde pour lui ?

Informateur Engué : la plus part des temps, il extériorise vraiment, tu vois à un moment il tape sur ses camarades, il ne respecte pas les normes qui sont établies, il est toujours en train d'extérioriser ses émotions.

Étudiant : bon, on sait que l'enfant TDA est un bouffeur d'énergie, comment est-ce que les parents, quand ils viennent de temps en temps, qu'est-ce qu'ils tiennent comme langage ?

Informateur Engué : que je suis épuisé, je suis fatigué, vraiment l'enfant c'est il faut au moins 10 personnes pour le gérer, il a trop d'énergies... donc c'est un peu ça, il est agité dans son sommeil, il se réveille la nuit, il va venir déranger parce qu'il a des troubles de sommeil, donc les parents sont fatigués...

Étudiant : et avec cette fatigue-là, qu'est-ce que le centre prévoit pour eux, pour compenser, pour gérer, comment est-ce que le centre gère ce genre d'épuisement ?

Informateur Engué : alors, on s'est rendu compte que l'épuisement est aussi dû au fait que les parents, lorsqu'ils arrivent quelque part, et qu'on rejette leur enfant (l'épuisement est plus sur le plan émotif), et ça leur fait tellement mal, ça leur fatigue, ils sont désemparés, ils sont déboussolés... et on s'est rendu compte que lorsqu'ils arrivent, quand on les accueille et on dit, non c'est normal, parce qu'il y a un problème, c'est comme si ça leur redonne de l'énergie. C'est d'abord l'accueil, donc nous misons beaucoup sur l'accueil au niveau des parents, on leur propose des solutions, des alternatives, et on les accompagne au quotidien ; parce que le psychologue n'est pas seulement là pour l'enfant, mais il est aussi là pour le parent, pour les aider à pouvoir gérer aussi les burnout, l'épuisement parental... donc voilà ce que nous faisons et ces formations que nous donnons aux parents. En principe c'est une thérapie de groupe que nous faisons avec les parents, quand ils arrivent ici ils vont s'exprimer et voir qu'ils ne sont pas seuls au monde, ils se rendent compte qu'il y a des parents qui vivent des situations pire que la leur et ça permet au parent de gagner en confiance, vraiment d'avoir assez d'énergies et ça les aide aussi à ne pas trop se focaliser sur leur enfant ; parce que à un certain moment, il y a déjà de la surprotection qui naît... quand on leur dit, celui-ci est malade, il n'est pas normal, ton enfant est comme ça... et le parent développe une surprotection. Donc ça permet aussi au parent de lâcher, de se libérer et de comprendre que cet enfant est normal mais il a ses spécificités ; donc

il est spécial en son sens... donc ça permet au parent de se relâcher, donc au fil du temps on a un parent qui bavarde ... donc il y a ce suivi, quand le parent vient plus tôt c'est facile, mais quand ils viennent quand l'enfant a déjà 10 ans – 12 ans, c'est difficile.

Étudiant : alors, pour dire, s'il fallait conseiller les parents des enfants TDA, on les dirait de visiter le centre quand l'enfant est encore très jeune ?

Informateur Engué : oui, et leur dire de ne pas considérer le centre comme si l'enfant était malade, non ! c'est qu'au centre il y a des spécialistes, il y a des personnes qui peuvent vraiment comprendre votre enfant et rapidement agir, par rapport à d'autres écoles dites normales ou d'autres professionnels de la santé qui souvent ne maîtrisent pas bien et qui peuvent prescrire des médicaments qui au lieu de pousser l'enfant à évoluer va plutôt davantage enfoncer l'enfant et affecter même le côté cognitif.

Étudiant : alors, d'entrée de je vous avais parlé d'un suivi qui prend en compte plusieurs spécialistes, vous pensez que ce suivi est important ?

Informateur Engué : oui ce suivi est important, il est très important.

Étudiant : pourquoi ?

Informateur Engué : c'est très important parce que, vous savez, l'enseignant ou l'éducateur spécialisé qui se retrouve dans la classe avec d'autres enfants qui n'ont aucun problème ou alors qui peuvent présenter d'autres troubles ... a besoin de l'assistance d'autres personnes. Il y a des facteurs par exemple, certaines personnes, certes l'instituteur a une formation homogène si je peux le dire ainsi, versatile ou homogène, mais a besoin d'assistance ; parce que le psychologue est le professionnel en ce qui concerne le comportement de l'enfant, c'est un professionnel dans ce domaine. En ce qui concerne le développement de la psycho et du moteur, le psychomoteur est un professionnel, en ce qui concerne le développement neurologique de l'enfant, c'est le neuropédiatre qui est le professionnel. L'enseignant peut avoir des notions sur tous ces domaines, mais il n'est pas un professionnel de la chose donc il a besoin que ces personnes soient autour de lui pour vérifier et l'accompagner pour qu'il puisse aider cet enfant pour pouvoir mieux travailler sur le plan académique et avoir de bons résultats scolaires. Donc ce n'est pas un choix mais une obligation dans le suivi d'un enfant qui présente un trouble.

Étudiant : alors, est-ce qu'il vous arrive de recevoir des feedback des parents ?

Informateur Engué : oui ! Déjà quand il y a problème, il va revenir à la source. Quand il y a problème, le parent ne peut pas garder l'enfant un an chez lui, il va le ramener à l'école. Donc quand l'enfant fait déjà 1 à 3 ans, on comprend que c'est bon. Il dit merci, je vois un changement je voudrais encore qu'on puisse travailler sur tel domaine... nous avons des feedback des parents ; et comme je vous ai dit, à tout moment on a des feedback parce que nous les rendons aussi des feedback chaque trimestre, on va les convoquer, ils vont venir on va échanger et on va leur dire, bon, le projet éducatif de votre enfant porte sur tel domaine, voilà les objectifs qu'on s'est fixé, et ça permet aussi au parent de donner ses idées. Déjà que pour poser un diagnostic, le parent est mieux placé pour nous donner le centre d'intérêt de l'enfant, il est mieux placé pour pouvoir échanger sur ses forces et ses faiblesses.

Étudiant : d'accord ! Alors, on sait que le TDA, un trouble multifactoriel ; est-ce qu'il arrive de penser qu'un enfant est TDA et que le parent pense le contraire ? Ou alors les mêmes parents, la mère pense que l'enfant est TDA et le père pense que cet enfant ne l'est pas ?

Informateur Engué : oui cela arrive

Étudiant : et ça se passe comment ?

Informateur Engué : bon, on a ces cas qui arrivent où le parent n'accepte pas, surtout quand on va dire j'amène mon enfant au centre des handicapés, et puis on va dire mon enfant n'est handicapé, donc il y a souvent une dispute dans le couple, la mère va dire allons-y, le père va dire non je ne suis pas d'accord ... donc comme je vous l'ai dit, le psychologue va prendre cela en charge et ils seront conduits vers des personnes autorisées à pouvoir poser un diagnostic ; parce que l'enseignant, certes peut déjà observer certains caractères, mais il n'est pas habilité souvent à pouvoir informer le parent. Donc ce qui se passe c'est qu'il faut voir le psychologue, et il va faire un diagnostic et les amener à pouvoir suivre une thérapie pour pouvoir accepter certaines choses... parce que quand un parent n'a pas encore accepté son enfant, il ne peut plus rien faire avec celui-là, c'est difficile, très difficile.

Étudiant : alors, vous êtes dans ce métier depuis des années ? Qu'est-ce que vous avez constaté et que peut-être la science n'en fait pas allusion ?

Informateur Engué : en ce qui faudrait peut-être dire au niveau des observations personnelles que j'ai eu à faire, c'est qu'il y a moins d'informations sur le handicap des troubles, la plus part des roulements c'est le tâtonnement (vraiment je m'excuse de vous le dire...) parce que lorsqu'on sait exactement ce qui cause quelque chose, il est plus facile de régler le problème. Et lorsqu'on voit beaucoup de choses qui se disent sur certains troubles, et on voit que l'enfant va porter ça 10 ans, 20 ans, bon on se rend compte que c'est juste un tâtonnement qui se fait. Deuxièmement aussi, on se rend compte que comme le TSA, le handicap vraiment c'est un spectre, c'est vraiment un mystère ; parce qu'on va dire que tel enfant a peut-être une déficience, l'autre aussi a la même déficience mais les caractéristiques ne sont pas souvent les mêmes, il y aura toujours quelque chose qui va différer sur l'autre parce que l'environnement peut jouer, beaucoup de facteurs vont jouer ; donc je me rends compte aussi que c'est vraiment un cercle et souvent c'est difficile à pouvoir cerner, donc regrouper les populations c'est vraiment difficile, de pouvoir dire que tel enfant... parce que au début on va dire que l'enfant ci est TDA, mais pendant qu'il est en train d'évoluer vous vous rendez compte qu'il n'est même pas TDA, peut-être comme l'enfant vit dans un environnement et que l'environnement a changé il dessine considérablement les effets, il y a aussi les effets de ces choses-là ...

Étudiant : donc à un certain niveau on peut peut-être penser qu'on a échoué au niveau du diagnostic ?

Informateur Engué : oui, ça peut souvent arriver. Et comme je l'ai dit, le médecin ne peut pas faire ça, l'éducateur ne peut pas faire ça, le psychologue ne peut pas faire ça. Il faut toujours, en ce qui concerne les troubles, une synergie autour de la table pour pouvoir penser tel handicap, si je peux le dire ainsi.

Étudiant : alors, monsieur le directeur merci ! Nous évoluons vers l' fin de notre entretien, est-ce-que vous avez une question à nous poser ?

Informateur Engué : non, pas vraiment, pour le moment je n'ai pas de question.

Étudiant : et si la prochaine fois je sollicite encore votre présence pour grignoter quelques informations, est-ce que vous serez toujours disponible ?

Informateur Engué : tant que cela sert à l'amélioration de l'encadrement de ces enfants, je serai toujours disponible...

Étudiant : merci infiniment !

Annexe 14 : Contenu des entretiens avec l'informatrice Ninab

CONTENU DES ENTRETIENS AVEC L'INFORMATRICE NINAB

Deuxième entretien

Étudiant : Bonjour Madame,

Informatrice Ninab : Bonjour Monsieur,

Étudiant : Vous êtes psychologue clinicienne en charge des enfants TDAH, c'est bien ça ?

Informatrice Ninab : Bien évidemment !

Étudiant : Dites-moi, c'est quoi un enfant TDAH ?

Informatrice Ninab : C'est un enfant qui a des troubles du déficit de l'attention ; qui a de la difficulté à se concentrer ; qui a des déficiences ; qui a beaucoup de problèmes au niveau de la famille, au niveau de l'école. C'est un enfant différent.

Étudiant : Alors, comment est-ce que vous expliquez ce qui arrive à ce genre d'enfant ?

Informatrice Ninab : Ce qui arrive à ce genre d'enfant c'est que, comme je l'ai dit, il est différent. Il n'a pas certaines aptitudes. C'est-à-dire que dans sa façon de faire, il est toujours en difficulté, il est toujours en retard. Partout, que ce soit à l'école, il ne peut pas aller au même rythme que les autres enfants. Au niveau de l'attention, que ce soit à la maison, il ne peut pas suivre normalement les consignes. Donc, en bref c'est ça.

Étudiant : Quels sont les facteurs de risque de ce trouble ? Qu'est-ce qui peut être à l'origine de ce type de comportement selon vous ?

Informatrice Ninab : Selon moi je... C'est vrai que ce n'est pas selon moi car c'est la science. Jusqu'ici, en dehors des causes... On n'a pas encore trouvé ce qui est à l'origine du TDAH. Certains parlent de...

Étudiant : Et dans l'accompagnement que vous faites au quotidien avec ces enfants, sur quoi centrez-vous votre accompagnement ?

Informatrice Ninab : Bon là, au niveau de l'accompagnement, nous voyons déjà la relation avec la famille que nous essayons de travailler là-dessus. Nous avons aussi les tâches de l'école et on les oriente beaucoup plus au niveau de l'ergothérapeute.

Étudiant : Qui fait quoi concrètement ?

Informatrice Ninab : En ergothérapie, ils font des travaux de concentration, des travaux qui amènent les enfants à ne pas trop s'évader tout le temps ; ça les ramène petit à petit à travailler ; qu'ils soient concentrés sur un travail ; ça limite un peu les temps d'évasion.

Étudiant : Selon vous, y a-t-il des facteurs sur lesquels nous devons mettre l'accent et les autres pas ou alors tous les facteurs s'équivalent ?

Informatrice Ninab : Tous les facteurs ne s'équivalent pas mais on doit mettre l'accent à tous les niveaux.

Étudiant : C'est-à-dire quoi concrètement ?

Informatrice Ninab : On ne doit rien négliger. Là aussi, ça dépendra du degré parce qu'il en a qui sont plus en retard et d'autres pas. Et au niveau de l'évaluation, on regarde à quel niveau on peut se centrer le plus ; à quel niveau on peut mettre plus d'accents.

Étudiant : Dans cet accompagnement, quelle est la place des parents ?

Informatrice Ninab : Bon, le parent intervient au niveau de la relation. Là aussi, ça dépend du résultat de l'évaluation. Le parent peut intervenir dès le départ tout comme il peut intervenir en cours d'accompagnement ou alors vers la fin de l'accompagnement. Ça dépend.

Étudiant : Dès qu'on a déjà diagnostiqué le TDAH et qu'on est déjà dans l'accompagnement, qu'est-ce que le parent fait concrètement ?

Informatrice Ninab : Le parent également reçoit des consignes. Il intervient dans l'accompagnement. Parfois lui-même peut être accompagné. Le parent peut être accompagné pour lui permettre d'accompagner l'enfant dans sa prise en charge pour qu'il ne se pose pas des problèmes au niveau de la famille.

Étudiant : si je comprends bien, le parent ne participe pas uniquement pour le bien-être de l'enfant, c'est bien ça ? Ou alors il participe d'abord pour le bien-être de l'enfant.

Informatrice Ninab : Oui il participe pour le bien être de l'enfant et pour son bien-être également.

Étudiant : Et parlant de cet accompagnement, en dehors de vous et le parent, quel autre spécialiste est impliqué ?

Informatrice Ninab : J'ai parlé d'ergothérapeute, du psychomotricien, le neuropédiatre et l'enseignant. Nous travaillons avec les enseignants. Il y a certes cette pluridisciplinarité. Dans l'accompagnement du psychologue, il peut aider l'enseignant à faire des programmes d'accompagnement individualisés pour l'enfant par rapport à ses problématiques.

Étudiant : Est-ce qu'il vous arrive souvent de voir un parent qui vient vous dire : « Moi je ne pense pas que ce que vous dites de mon enfant est vrai », c'est-à-dire qu'il doute du diagnostic qu'on a posé. À ce moment qu'est-ce qu'on fait ?

Informatrice Ninab : Oui il y a des parents qui doutent du diagnostic et dans la plupart des cas, nous essayons de l'envoyer faire certains tests, certaines évaluations chez d'autres spécialistes pour la rassurer.

Étudiant : Au niveau du comportement social de l'enfant, que pouvez-vous en dire ?

Informatrice Ninab : Sur le plan social, je vais toujours parler de ce comportement évasif, il ne participe pas de la bonne manière et là aussi ça dépend de son entourage. si l'entourage n'est pas édifié sur son problème, il va de temps en temps le frustrer, le renvoyer parce qu'il ne comprend pas et sur le plan social ça va prendre un coup. Les consignes par exemple, il ne les respecte pas. Il fait ce qu'il veut quand il veut, et parfois la famille quand elle ne comprend pas, se met à l'isoler ou à dire certaines choses. Lui il ne veut rien faire, fait des choses à son temps.

Étudiant : Dans le rendement scolaire par exemple, comment ils s'en sortent ?

Informatrice Ninab : Au niveau scolaire, c'est cet enfant qui va aller très lentement. On ne va pas attendre de lui qu'il aille comme les autres enfants ; il va aller tout doucement. Il va juste falloir qu'on le comprenne et qu'on avance ainsi avec lui.

Étudiant : Et au niveau émotionnel, comment cet enfant se comporte-t-il ?

Informatrice Ninab : Justement l'enfant TDAH est colérique.

Étudiant : Alors, s'il faut conseiller les parents d'enfant TDAH, que leur direz-vous ?

Informatrice Ninab : Ce que je leur dirais, c'est d'être à l'écoute des spécialistes, d'être également à l'écoute des enseignants. Si possible de chercher à comprendre pourquoi mon enfant manifeste ceci et non cela. Donc il faut chercher à comprendre et non suivre ce qui se dit au quartier, chercher à suivre les spécialistes et à mettre en pratique les consignes qu'ils donnent.

Étudiant : Est-ce que Madame la psychologue a une doléance pour les enfants TDAH ?

Informatrice Ninab : La doléance que je vais formuler est qu'on essaie de multiplier les institutions de prise en charge de ces personnes différentes. Car parfois on diagnostique et la prise en charge ne suit pas.

Étudiant : Est-ce à dire que si chemin faisant on a besoin de grignoter encore quelques informations, la psychologue sera toujours disposée à répondre à notre sollicitation ?

Informatrice Ninab : Bien sûr ! Nous sommes là pour vous parce qu'au même moment ça nous aide aussi.

Étudiant : Merci !

Informatrice Ninab : C'est moi qui vous remercie parce que vous nous envoyez faire des recherches encore.

Annexe 15 : Modèle de psychogramme du Rorschach

PRODUCTIVITE	TYPE D'APPREHENSION	DETERMINANTS FORMELS	FACTEURS AFFECTIFS	CONTENUS

Psychogramme de _____, _____ ans

PRODUCTIVITE

Nombre de réponses du protocole : ____

TYPE D'APPREHENSION

G  ____ %

D  ____ %

Dd  ____ %

Dbl  ____ %

G% = ____ D% = ____ Dd% = ____ Dbl% = ____

DETERMINANTS FORMELS

F% = ____% F+% = ____%

FACTEURS AFFECTIFS

TRI = ____ K / ____ C

Formule complémentaire = __k / __E

RC % = ____%

CONTENUS

H% = __% A% = __%

IA = ____ BAN = ____

COMMENTAIRES

Annexe 16 : Planches du Rorschach



Plaat I



Plaat II



Plaat III



Plaat IV



Plaat V



Plaat VI



Plaat VII



Plaat VIII



Plaat IX



Plaat X

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
DÉDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iv
SERMENT DE PROBITÉ INTELLECTUELLE OBLIGATOIRE	v
RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	ix
LISTE DES ANNEXES.....	1
INTRODUCTION GÉNÉRALE	2
0. 1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	3
0. 2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME	15
0. 3. QUESTIONS DE RECHERCHE	17
0. 4. OBJECTIFS DE RECHERCHE	18
0. 5. PERTINENCE DE L'ETUDE	18
0.5.1. Pertinence pratique ou clinique de l'étude	19
0.5.2. Pertinence scientifique de l'étude	20
0. 6. DÉLIMITATION DE L'ETUDE.....	22
0.6.1 Délimitation géographique de l'étude	22
0.6.2 Délimitation temporelle	24
0.6.3 Délimitation conceptuelle de l'étude	25
0.6.3.1. Enfant TDAH ou enfant avec un TDAH	25
0.6.3.2. Institution thérapeutique	26
0.6.3.3. Les capacités de symbolisation.....	28
0. 7. PLAN DE RÉDACTION DE LA THÈSE	30
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE DE L'ETUDE	33
CHAPITRE 1 : TDAH OU "ENFANT DIFFICILE"	34
1.1. TROUBLE DE DÉFICIT D'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ	34
1.1.1. Le déficit attentionnel	34
1.1.2. L'hyperactivité motrice et/ou intellectuelle	35
1.1.2.1. L'instabilité motrice	35
1.1.2.2. L'hyperactivité intellectuelle	35
1.1.3. L'impulsivité.....	35
1.2. DIAGNOSTIC DU TDAH.....	36

1.3.	LES CLASSIFICATIONS NOSOGRAPHIQUES DU TDAH	41
1.3.1.	Le Diagnostic and Statistical Manual for Mental Diseases	42
1.3.2.	La Classification Internationale des Maladies	42
1.3.3.	La Classification Française des Troubles Mentaux	44
1.4.	LES FACTEURS DE RISQUE DU TDAH.....	46
1.4.1.	Le tempérament de l'enfant TDAH	46
1.4.2.	Les facteurs neurologiques	46
1.4.3.	Les facteurs neuropsychologiques	47
1.4.3.1.	Les fonctions exécutives.....	47
1.4.3.2.	La métacognition	48
1.4.3.3.	Le modèle d'aversion de délai ou modèle motivationnel.....	49
1.4.3.4.	La consommation des substances psychoactives.....	49
1.4.3.5.	Le déficit de la théorie de la flexibilité cognitive	50
1.4.4.	Les facteurs cognitifs	51
1.4.5.	Les facteurs langagiers.....	53
1.4.6.	Les facteurs socioaffectifs.....	53
1.4.7.	Les facteurs psychosociaux.....	55
1.4.8.	Les facteurs éducatifs.....	56
1.4.9.	Les facteurs culturels du TDAH	58
1.4.10.	Approche psychodynamique du TDAH.....	61
1.5.	TDAH ET ESTIME DE SOI.....	64
1.6.	TDAH ET LES STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE.....	67
1.6.1.	Premier principe : cibler les facteurs de risque à traiter.....	69
1.6.2.	Deuxième principe : prendre soins de l'enfant et du parent	71
1.6.3.	Troisième principe : former une équipe (l'importance des tiers)	72
CHAPITRE 2 :	INSTITUTIONS THERAPEUTIQUES	75
2. 1.	CONCEPT D'INSTITUTION	75
2.1.1.	Institution comme système culturel	76
2.1.2.	Institution comme système symbolique.....	77
2.1.3.	Institution comme système imaginaire	77
2. 2.	INSTITUTIONS THÉRAPEUTIQUES	78
2.2.1.	Caractéristiques d'une institution thérapeutique.....	78
2.2.1.1.	La rencontre avec l'arbitraire	81
2.2.1.2.	Les excès d'interdits.....	82

2.2.1.3.	Le déficit d'interdits	82
2.2.1.4.	Le labyrinthe des interdits	83
2.2.2.	Le fonctionnement des institutions thérapeutiques.....	83
2.2.1.1.	L'idéologie égalitaire	84
2.2.1.2.	Le fantôme des premiers fondateurs.....	84
2.2.1.3.	L'autonomisation de la vie fantasmatique	85
2. 3.	APPROCHES THEORIQUES DE L'INSTITUTION THERAPEUTIQUE	85
2.3.1.	Institution thérapeutique comme formation psychique.....	86
2.3.2.	Institution thérapeutique comme espace transitionnel	89
2.3.3.	Institution thérapeutique comme fonction alpha.....	90
2.3.4.	Institution thérapeutique comme cadre thérapeutique	91
2.3.5.	Institution thérapeutique comme enveloppe psychique	93
2.3.6.	Institutions thérapeutique comme espace du contrat narcissique	98
2.3.6.1.	Le point de vue d'Aulagnier	98
2.3.6.2.	Le point de vue de Kaës (2014).....	104
2.3.7.	Institution thérapeutique comme organisation humaine	109
2.3.8.	Institution thérapeutique comme espace scopique.....	110
CHAPITRE 3 :	LE PROCESSUS DE SYMBOLISATION	117
3.1.	LA MENTALISATION.....	117
3.1.1.	Le point de vue de Sow	117
3.1.2.	Le point de vue de Luquet	118
3.1.3.	Le point de vue de Bergeret	118
3.1.4.	Le point de vue de Pierre Marty	119
3.1.5.	Le point de vue de Debray	120
3.1.6.	Le point de vue de Dejours	120
3.1.7.	Le point de vue de Fonagy	121
3.1.8.	Le point de vue de Lecours - Bouchard	121
3.1.9.	Le point de vue de Chabot et ses collaborateurs (2015)	122
3.1.10.	Le point de vue de Mayi.....	122
3.1.11.	Le point de vue de Janzack	123
3.1.12.	Le point de vue de Matanova et ses collaborateurs.....	124
3.1.	LA SYMBOLISATION.....	124
3.2.1.	Approche définitionnelle de la symbolisation	125
3.2.2.	Approches psychodynamique de la symbolisation	127

3.2.3.1.	Le point de vue de Freud	127
3.2.3.2.	Le point de vue de Golse	129
3.2.3.3.	Le point de vue de Bion.....	131
3.2.3.	Approche sociodynamique de la symbolisation	135
3.2.3.1.	Le point de vue de Winnicott	135
3.2.3.2.	Le point de vue d'Aulagnier.....	136
3.2.3.3.	Le point de vue de Roussillon	138
3.2.4.	La symbolisation et l'enfant TDAH	142
3.2.	SYMBOLISATION ET ÉPREUVES PROJECTIVES	144
3.3.1.	Les épreuves projectives : un cadre pour symboliser	144
3.3.2.	Cadre de la passation des épreuves projectives	148
3.3.2.1.	Fonctions du fond : le blanc de la planche de Rorschach.....	149
3.3.	SYMBOLISATION, ÉPREUVE PROJECTIVE ET TDAH.....	150
3.4.1.	La spécificité du Rorschach en clinique infanto-juvénile.....	150
3.4.2.	La symbolisation et le Rorschach chez les enfants TDAH.....	151
3.4.2.1.	Le point de vue de Claudon (2006)	151
3.4.2.2.	Le point de vue de Richelle (2017)	154
3.4.3.	Synthèse des données du cadre théorique	156
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE DE L'ETUDE.....		157
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE		158
4.1.	RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE	158
4.2.	RAPPEL DES HYPOTHESES DE L'ETUDE.....	159
4.3.	DÉFINITION DES CONCEPTS DE L'ÉTUDE	160
4.4.	RAPPEL DE L'OBJECTIF GENERAL	185
4.5.	SITE DE RECHERCHE	185
4.5.1.	L'historique et évolution du CNRPH.....	186
4.5.2.	Présentation géographique de la structure.....	186
4.5.3.	Organigramme et fonctionnement des services	186
4.5.4.	Le département dans lequel les données ont été collectées	187
4.6.	PARTICIPANTS À L'ÉTUDE.....	189
4.6.1.	Recrutement des participants	189
4.6.1.1.	Caractéristiques des participants à l'étude.....	189
4.6.1.2.	Critères d'inclusion.....	191

4.6.1.3.	Critères d'exclusion	192
4.6.1.4.	Échelle de sélection des participants : Échelle de Conners	192
4.6.1.5.	Procédure de sélection des participants	193
4.7.	MÉTHODE DE RECHERCHE	195
4.7.1.	L'étude de cas	196
4.8.	LA COLLECTE DES DONNÉES	197
4.8.1.	L'entretien clinique.....	198
4.8.2.	Le test de Rorschach.....	201
4.8.3.	Difficultés rencontrées au cours de la collecte des données	207
4.8.4.	Considérations éthiques.....	208
4.9.	L'ANALYSE DES DONNEES	208
4.10.1.	L'analyse de contenu.....	209
4.10.1.1.	L'analyse thématique.....	209
4.10.2.	Le compte rendu de l'examen psychologique du Rorschach.....	210
4.10.2.1.	L'étude de la clinique de la passation.....	211
4.10.2.2.	L'étude de la dimension cognitive de la symbolisation	211
4.10.2.3.	L'étude de la dimension sociale de la symbolisation	211
4.10.2.4.	L'étude de la dimension affective de la symbolisation	212
4.10.2.5.	L'étude de l'identité.....	212
4.10.2.6.	L'analyse des représentations de relations	212
4.10.2.7.	La conclusion ou la synthèse.	213
CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES DONNEES DE L'ETUDE		214
5.1.	PRÉSENTATION DES DONNÉES DU RORSCHACH.....	214
5.1.1	Les participant Benoué	214
5.1.1.1.	Étude de la clinique de la passation.....	215
5.1.1.2.	Protocole de Rorschach de Benoué	215
5.1.1.3.	Psychogramme de Benoué	217
5.1.1.4.	Processus de pensée et investissement de l'intelligence	218
5.1.1.5.	Facteurs de socialisation ou rapport au réel	218
5.1.1.6.	Dynamique affective	218
5.1.1.7.	Les identifications primaires et secondaires.....	218
5.1.1.8.	Les représentations de relations	219
5.1.1.9.	Synthèse de l'analyse	219
5.1.2	Le participant diamare	220

5.1.5.1.	<i>Étude de la clinique de la passation.....</i>	220
5.1.5.2.	<i>Protocole de Rorschach Diamaré</i>	222
5.1.5.3.	<i>Psychogramme de Diamaré</i>	225
5.1.5.4.	<i>Processus de pensée et investissement de l'intelligence</i>	226
5.1.5.5.	<i>Facteurs de socialisation ou rapport au réel</i>	226
5.1.5.6.	<i>Dynamique affective</i>	226
5.1.5.7.	<i>Les identifications primaires et secondaires</i>	226
5.1.5.8.	<i>Les représentations de relations</i>	227
5.1.5.9.	<i>Synthèse de l'analyse du cas</i>	227
5.1.3	<i>Le participant Kadei.....</i>	227
5.1.3.1.	<i>Étude de la clinique de la passation.....</i>	228
5.1.3.2.	<i>Protocole de Rorschach de Kadéi.....</i>	228
5.1.3.3.	<i>Psychogramme de Kadéi.....</i>	230
5.1.3.4.	<i>Processus de pensée et investissement de l'intelligence</i>	231
5.1.3.5.	<i>Facteurs de socialisation ou rapport au réel</i>	231
5.1.3.6.	<i>Dynamique affective</i>	231
5.1.3.7.	<i>Les identifications primaires et secondaires</i>	231
5.1.3.8.	<i>Les représentations de relations</i>	232
5.1.3.9.	<i>Synthèse de l'analyse de Kadéi</i>	232
5.1.4	<i>Le participant Menoua</i>	232
5.1.4.1.	<i>Étude de la clinique de la passation.....</i>	233
5.1.4.2.	<i>Protocole de Rorschach Menoua</i>	234
5.1.4.3.	<i>Psychogramme Menoua</i>	238
5.1.4.4.	<i>Processus de pensée et investissement de l'intelligence</i>	239
5.1.4.5.	<i>Facteurs de socialisation ou rapport au réel</i>	239
5.1.4.6.	<i>Dynamique affective</i>	239
5.1.4.7.	<i>Les identifications primaires et secondaires</i>	240
5.1.4.8.	<i>Les planches représentations de relations</i>	240
5.1.4.9.	<i>Synthèse de l'analyse de Ménoua.....</i>	240
5.1.5	<i>Le participant Mfoundi</i>	241
5.1.5.1.	<i>Étude de la clinique de la passation.....</i>	241
5.1.5.2.	<i>Protocole de Rorschach de Mfoundi.....</i>	242
5.1.5.3.	<i>Psychogramme de Mfoundi.....</i>	244

5.1.5.4.	<i>La dynamique de la passation</i>	245
5.1.5.5.	<i>Processus de pensée et investissement de l'intelligence</i>	245
5.1.5.6.	<i>Facteurs de socialisation ou rapport au réel</i>	245
5.1.5.7.	<i>Dynamique affective</i>	245
5.1.5.8.	<i>Les identifications primaires et secondaires</i>	246
5.1.5.9.	<i>Les représentations de relations</i>	246
5.1.5.10.	<i>La synthèse de l'analyse de Mfoundi</i>	246
5.2.	DONNÉES ISSUES DES ENTRETIENS AVEC LES INFORMATEURS	249
5.2.1.	Présentation des relevés des contenus de l'informateur Éngué	249
5.6.2.1.	Présentation de l'informateur Engué	249
5.6.2.2.	Relevé des entretiens avec l'informateur Engué	249
5.6.2.3.	Relevé des entretiens avec l'informatrice Ninab	253
	CHAPITRE 6 : ANALYSE DES DONNEES DE L'ETUDE	258
6.1	L'ANALYSE DES DONNÉES DE L'ENTRETIEN	258
6.1.1	L'excès d'interdits et de normes au sein de l'institution	258
6.1.2	La prise en charge est centrée sur les symptômes.....	260
6.1.3	Le parent n'est pas pris en charge.....	261
6.1.4	La désymbolisation chez l'enfant TDAH	264
6.2	L'ANALYSE DES DONNÉES DU TEST DE RORSCHACH	267
6.2.1.	Les processus identificatoires	268
6.2.2.	Les représentations de relations	269
6.2.3.	La rigidité du cadre thérapeutique	270
6.2.4.	La désymbolisation chez les enfants TDAH	271
	CHAPITRE 7 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	278
7.1.	RAPPEL DES DONNÉES THÉORIQUES DE L'ÉTUDE	278
7.1.1.	Le travail de la mort dans les institutions	278
7.1.2.	Le cadre thérapeutique	279
7.1.3.	Le contrat narcissique institutionnel	281
7.2.	RAPPEL DES DONNÉES EMPIRIQUES DE L'ÉTUDE	283
7.3.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	286
7.3.1.	De l'excès d'interdits institutionnels à la désymbolisation.....	287
7.3.2.	De la prise en charge centrée sur les symptômes à la désymbolisation.....	291
7.3.3.	De l'exclusion du parent dans la prise en charge à la désymbolisation.....	292
7.3.4.	Des représentations de relations à la désymbolisation.....	294

7.3.5.	De la rigidité du cadre thérapeutique à la désymbolisation	295
7.4.	DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE	302
7.5.	IMPLICATIONS DE L'ETUDE	312
7.5.1.	Implications empiriques de l'étude	312
7.5.2.	Implications théoriques de l'étude	313
7.5.3.	Implications pratique de l'étude.....	314
CONCLUSION GÉNÉRALE		317
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		331
ANNEXES		x