

puisse baigner dans un climat affectif, stable et approprié. Les études de Skuse (1982), celles de Money (1983) et plus récemment celles de Taitz et King (1988) confirment bien nos propos. Il est vrai que d'autres facteurs peuvent interférer et inhiber ce climat. C'est pour cette raison qu'il n'existe pas de par le monde des institutions qui réunissent toutes les conditions pour un bon développement de l'enfant. Le plus important, à notre avis, que ce soit dans les institutions ou dans le milieu familial, c'est de connaître, de respecter et de satisfaire les exigences vitales de l'enfant à savoir l'amour, la chaleur, la sécurité et l'indépendance. Pour ce qui est de la qualité des modèles d'identification, nous pensons que le meilleur modèle à suivre est le comportement du maître de tous les éducateurs, le prophète Mohammed (paix et salut d'Allah sur lui).

Il nous a, effectivement, transmis des enseignements et des recommandations de valeur à travers sa façon d'être et d'agir avec ses épouses, ses enfants et ses petits enfants. Il est et demeure, à notre sens, la prévention thérapeutique et la thérapie préventive de tous les maux. N'est-ce-pas lui qui a dit : « parmi les droits de l'enfant sur le père, celui de lui consacrer la meilleure éducation et de lui choisir le meilleur prénom ? »(relaté par Boukhari).

Références bibliographiques :

AID (M) : La femme, l'enfant et la santé mentale cité par URASC dans Femme famille et société en Algérie, Alger, 1988

Ajuriaguerra (J. de) : Manuel de psychiatrie de l'enfant, 2^e édition, Masson, 1980.

Chevrie-Muller (C) Narbona (J) : Le langage de l'enfant, aspects normaux et pathologiques, 3^e édition, Masson, 1999.

Galimard (P) : L'enfant de 6 à 11 ans, Editions Privat, 1962

Gmeiner (H) : Impressions, pensées, croyance, 1^e édition, SOS-Kinderdorf Innsbruck, 1981

Leçons faites à Genève sous les auspices du Département de l'instruction publique : L'hygiène mentale des enfants et adolescents, Delachaux et Niestlé, 1943.

Mazet (P) et Houzel (D) : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Maloine, 1975.

Renaud (J) : L'enfant à problèmes, Bordas, 1979.

Sillamy (N) : Dictionnaire de la psychologie, Larousse, 1967

DSM 5, Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders : American Psychiatric Association, 2013.

différents troubles psychologiques,

- le troisième avantage qui est thérapeutique étant celui de contenir et de « cadrer » l'attention labile et la motricité excessive de l'enfant instable par l'intermédiaire d'épreuves ludiques ou même de tâches à accomplir (jeux de construction, puzzle...) et autres activités. Les animatrices formées et averties veillent à ce que la tâche à exécuter soit achevée même si l'enfant n'y parvient pas les premières séances. Pour ce faire, elles motivent, encouragent, gratifient l'enfant en lui offrant des cadeaux, des jouets lorsqu'il arrive à réussir la tâche et surtout lorsqu'il arrive à terme.

Par ailleurs, et afin de canaliser l'énergie débordante des enfants hyperactifs, nous veillons à ce que le père SOS les accompagne vers des activités sportives : jeux de combat (caraté, judo, boxe), natation...

Conclusion

La guidance parentale effectuée avec les mères biologiques nous a permis de percevoir chez la majorité un vécu négatif de leur grossesse, elles en parlent avec nervosité et amertume, nous avons même décelé chez elles, un refus de leur féminité.

Nous avons, souvent entendu parler de « carence institutionnelle » à travers les travaux de R. Spitz (1945), notamment ceux concernant l'hospitalisme.

Ces études montrent bien que le manque de stimulations sensorielles, affectives et sociales peut avoir des répercussions fâcheuses sur le développement des enfants, à savoir un retard dans les domaines cognitif, affectif et relationnel.

De par l'expérience, si minime soit elle, que nous avons eu au vesos, nous pourrions avancer, sans trop nous tromper, que ce n'est pas l'institution, en elle-même, qui est la cause du retard mais le type d'institution à laquelle on a à faire.

En effet, il faudrait, à notre avis, arriver à instaurer une authentique relation affective entre les enfants et toutes les personnes qui composent l'institution : au village, par exemple, ça va du planton, le jardinier au directeur en passant par les mères SOS, les tantes SOS, l'équipe administrative, l'équipe psychopédagogique.

Toutes ces personnes doivent en fait accepter naturellement l'enfant sos, éviter toute sorte de mépris, de rejet, de pitié ou d'indifférence à son égard. C'est pourquoi, comme nous l'avons précisé au départ, tout un chacun est concerné.

Ainsi ce qui serait essentiel pour rattraper un retard sous toutes ses formes ou remédier à un trouble de quelque ordre qu'il soit, c'est que l'enfant

avec les plus grands. Il s'agit de copier, dans un premier temps, une figure géométrique complexe et la reproduire de mémoire après un temps de pause x. ce qui nécessite en fait une grande attention, une concentration ainsi qu'un effort de précision et d'organisation. Nous avons constaté chez ces enfants un temps de latence très court alors que le temps de passation est long. Pendant la copie de la figure, l'enfant a du mal à rester en place et à se concentrer.

En plus, il manifeste de l'angoisse, du stress. Son dessin manque de structuration, on y observe, souvent, une déformation complète. De plus, on note des surcharges et des ratures, des oublis remarquables ainsi que des manifestations diverses d'impulsivité. Rares sont les fois où l'enfant instable finit son épreuve jusqu'au bout.

- passation d'instruments projectifs afin d'apprécier le comportement, la personnalité de l'enfant mais aussi le niveau relationnel, à savoir le dessin du bonhomme, le dessin libre (qu'on présente dès la prise de contact surtout avec les plus jeunes), le dessin de famille, le patte noire. Ces tests sont en faveur de l'existence de gros problèmes au niveau des problèmes identificatoires mais aussi de troubles spatio-temporels. Ils indiquent, en plus, une carence affective et éducative. Ces troubles et cette double carence seraient engendrés, à notre sens, par les placements successifs dont ces enfants ont fait l'objet ainsi que les différents modèles qui y sont rattachés.

Nous avons, en outre, repéré chez ces enfants des troubles associés au DA/H, à savoir : - dans le préscolaire, on les distingue des autres enfants par le fait qu'ils n'achèvent jamais les tâches requises par les animatrices ; ils sont en perpétuel mouvement, certains sont agressifs, - ils présentent un retard scolaire induit, sans doute, par leur refus scolaire : les maîtres d'école nous convoquaient et se plaignaient sans cesse,

- des troubles de l'articulation ainsi que des troubles de l'orientation spatio temporelle,

- une intolérance à la frustration,

- l'énurésie chez au moins la moitié des cas.

La prise en charge des troubles de l'articulation, nécessitant l'intervention de l'orthophoniste, nous confions systématiquement ces enfants aux bons soins d'une spécialiste exerçant au sein du service ORL du CHU Mustapha.

d- le rôle du jardin d'enfants :

le jardin d'enfants a un triple avantage :

- il prépare l'insertion de l'enfant SOS de par le fait qu'il accueille des enfants de l'environnement extérieur au village.

- le deuxième avantage qui est préventif concerne le dépistage précoce des

de la stimulation verbale causée par une carence affective et une absence de communication, aussi une intolérance, voire une hostilité du milieu familial à son égard.

Très souvent on les ramène sans même leur dire ni où, ni pourquoi. Parfois ils font l'objet de réquisitions de police (enfants trouvés dans la rue en train de mendier...).

C'est ainsi qu'au bout de quelques semaines (voire quelques mois pour certains) passés au village, l'enfant ou l'adolescent SOS refuse les visites de sa mère biologique et refuse même de quitter le village ne serait-ce que pour passer un week-end en famille ou pendant les fêtes. C'est pour pallier à ce gros problème qu'il fallait renouer les liens entre l'enfant et sa famille originelle. Notre guidance parentale était donc double : elle concernait aussi bien la mère SOS que la mère biologique. Pour ce faire, nous avons opté pour les espaces de parole où mères SOS et mères biologiques s'entretenaient de leurs enfants réciproques : les sujets abordés avaient trait à leur comportement, leurs joies, leurs rêves, leurs angoisses, leurs peines, leurs désirs, leurs besoins, leurs demandes, leurs attentes...

C'est ainsi que la mère SOS transmettait à la mère biologique les connaissances et le savoir-faire acquis à travers la formation. L'enfant paraissait heureux et épanoui : désormais, il possédait deux mères et toutes les deux étaient préoccupées par son bien-être.

Ce n'était pas tâche facile au départ. Il faut souligner qu'avant la formation, la mère SOS nourrissait une certaine rancune, voire même du mépris vis-à-vis de la mère biologique. Elle portait des jugements de valeur négatifs à son encontre, exprimant cela à l'enfant lui-même ou en sa présence.

Ce qui ne faisait que du tort à son équilibre affectif. La formation lui a permis de dédramatiser le malaise de l'enfant, à savoir son vécu face au rejet parental et surtout à le dépasser.

c- Les moyens d'investigation :

Il faut dire que la majorité des enfants pris en charge au sein de notre consultation étaient instables psychomoteurs avec des troubles de l'attention.

Leur âge varie entre 4 et 13 ans. L'examen clinique nous ayant permis d'établir ce diagnostic a été effectué comme suit :

- plusieurs observations de l'enfant dans des milieux différents : dans son espace de vie, au jardin d'enfants, dans les surfaces de jeu et à l'école en ce qui concerne les plus grands.

- passation de la figure de Rey pour l'évaluation des fonctions cognitives de l'enfant. Ce test confirme nos observations ainsi que nos entretiens

C'est ainsi qu'à l'inverse d'un centre pour enfants assistés, où l'enfant mange dans une sorte de cantine et dort dans un dortoir avec d'autres enfants, l'enfant au village vit au sein d'une famille. Il n'est pas séparé de ses frères et sœurs lorsque ceux-ci existent.

La famille SOS est constituée d'une mère SOS, d'une tante SOS qui seconde et remplace la mère SOS lorsque celle-ci doit s'absenter ainsi que d'un père SOS. Celui-ci a une double fonction : il représente le père de tous les enfants et il est aussi le directeur ou chef du village. C'est ainsi que l'enfant SOS « ne fait pas partie des meubles du chalet », il y vit, c'est sa maison, son espace de vie. On doit le respect à la personne de l'enfant SOS. Cette place privilégiée que doit avoir l'enfant au village, comme celle qu'il a chez le psychologue, semble être en elle-même une thérapie. Nous avons eu l'occasion de confirmer ce fait tout au long de notre pratique.

b- Notre pratique au sein du VESOS :

Nous avons « démarré » un jour (1993) au village SOS de Draria avec très peu de pratique psychologique mais aussi un cœur n'arrivant pas à dépassionner face à la souffrance humaine. Notre rôle étant celui de prendre en charge les enfants à problèmes pour les aider à mieux être et mieux faire. Il fallait déjà atteindre cette neutralité qui nous permet de faire abstraction de notre subjectivité afin d'avoir une meilleure écoute et ainsi apporter notre ressource à cette enfance en détresse. Une lourde responsabilité nous attendait.

En effet, à partir du moment où l'abandon en lui-même est vécu par l'enfant comme un rejet, tous les enfants SOS sont considérés comme des enfants nécessitant une prise en charge psychologique. Aussi fallait-il prendre des initiatives.

La première urgence qui s'imposait à nous était celle de former les mères et les tantes SOS ainsi que les animatrices du jardin d'enfants (celles-ci n'étant pas des éducatrices) pour une meilleure prise en charge psychopédagogique des enfants. Nous avons exigé la présence du père SOS étant concerné en premier lieu par cette formation aux côtés de la mère SOS. Nous avons dû faire intervenir les professionnels de la santé mentale afin de nous aider à cette tâche.

La deuxième urgence qu'il fallait prendre en compte, dans le cadre de la guidance parentale, était la réconciliation de l'enfant SOS avec son milieu familial biologique. C'était une priorité dans la mesure où, en plus de l'abandon qu'a subi l'enfant et du sentiment de rejet que cela a suscité en lui, cet enfant nous vient avec : un manque de soins physiques les plus élémentaires, une absence de stimulations psycho éducatives, une carence

- est incapable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ;
- souvent, parle trop.
- laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex : termine la phrase de leur interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation).
- a souvent du mal à attendre son tour (ex : lorsque l'on fait la queue)
- interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui, sans demander ou recevoir leur autorisation ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer ou s'imposer et reprendre ce que d'autres font).

d- les traits différentiels :

Le TDA/H doit être différencié des multiples causes possibles d'instabilité psychomotrice et d'hyperactivité :

- états de turbulence sans troubles de l'attention des enfants ayant un grand appétit de découverte,
- des états d'agitation secondaire à certains médicaments (corticoïdes, béta2-stimulants...),
- des maladies somatiques (épilepsie, endocrinopathies),
- des troubles anxieux, dépressifs ou de personnalité.

4/ Considérations pratiques :

a- le VESOS (village d'enfants SOS) en tant qu'institution thérapeutique : les enfants que nous accueillons au VESOS sont :

- des enfants abandonnés à la naissance (nés hors mariage),
- des enfants du divorce, des enfants vivant des conditions socioéconomiques défavorables (chômage du père ou maladie mentale d'un des parents, problème de logement),
- des enfants dont l'un des parents est incarcéré ou encore des enfants victimes du terrorisme.

Ce sont pour la majorité des enfants ayant subi des placements successifs (nourrices, centres pour enfants assistés, pouponnières) avant leur entrée au VESOS.

Il faut savoir que, dès son entrée au village, tout est mis en œuvre pour que l'enfant soit considéré comme une personne à part entière et non comme un objet que l'on manipule à sa guise ou que l'on assiste. C'est le souci de tout un chacun au village où l'on y « normalement » recruté dans ce but.

- le niveau d'hyperactivité varie d'un enfant à un autre,
 - les symptômes doivent apparaître dans deux milieux au plus (maison, école). - hyperactivité, absence d'attention et émotivité nettement apparents avant 7ans, - concerne plus le garçon. - l'agressivité n'apparaît pas dans tous les cas,
 - troubles du comportement associés.
- c-** le DSM V : le déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) concerne aussi l'adulte alors que dans les deux guides antécédents, le problème du déficit attentionnel ne persiste pas à l'âge adulte.

1- Inattention :

Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.

- semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : leur esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).
- a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (ex : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver ses outils et ses affaires personnelles en ordre ; complique et désorganise le travail ; gère mal le temps ; ne respecte pas les délais fixés).
- souvent évite, a en aversion, ou fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (pour les adolescents et les adultes, préparation de rapports, formulaires à remplir, revoir un long article).
- perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).
- a des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : faire les corvées, les courses ; pour les adolescents et les adultes, répondre à ses appels, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).

2- Hyperactivité et impulsivité :

Pour les grands adolescents et les adultes (âgés de 17 ans et plus), au moins 5 symptômes sont exigés.

- se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situation qui nécessitent de rester assis).
- souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).

les éducateurs et entretient un climat d'insatisfaction généralisée.

L'hyperactivité a donc une prédisposition constitutionnelle mais elle est favorisée par les conditions socio affectives de la prise en charge familiale et scolaire des enfants. Pour cette raison, nous nous sommes posée la question de savoir s'il ne faudrait pas l'existence d'écoles spécialisées pour pallier aux éventuels retards et échecs scolaires chez les hyperactifs ; ou bien restreindre l'effectif des classes et ainsi permettre à l'enseignant de mieux s'occuper de l'enfant hyperactif, pouvant être plus disponible.

2/ Considérations étiologiques

Les travaux et recherches récents (Galimard, Mazet, Ajuriaguerra, Narbona et autres) concernant ce trouble nous ont permis de retenir brièvement les causes éventuelles suivantes :

a- causes héréditaires :

- une prédisposition héréditaire (particulièrement une mère elle-même agitée et anxieuse).

b- causes neurobiologiques :

- un dysfonctionnement cérébral au niveau de l'hémisphère droit,
- un dysfonctionnement neurochimique des influx nerveux,
- un retard du développement mental ou retard maturatif.

c- causes psycho éducatives :

- des relations familiales perturbées et conflictuelles,
une dissociation familiale,
- un sentiment d'insécurité due à une carence affective.

d- autres causes évoquées : - maladie contagieuse affectant la mère pendant la grossesse (par ex syphilis), - exposition de la mère aux rayons x,
- absorption par la mère enceinte de cigarettes, d'alcool, de tranquillisants...

3/ Repères diagnostiques :

a- le DSM III (1987) : il rappelle que les enfants présentant des troubles de l'attention affrontent au sein d'une classe des difficultés attentionnelles et émotives. Les individus appartenant à cette catégorie ne peuvent de ce fait ni entendre ni écouter ce qu'on leur dit ; leur travail présente une absence de précision et leurs réactions sont émotives. A la maison, les problèmes attentionnels apparaissent à travers leur refus de réagir aux recommandations générales ainsi qu'une incapacité d'achever n'importe quelle activité dans un temps correspondant à leur âge.

b- le DSM IV (1994) : il confirme le 3^e guide et ajoute les points suivants :

déficit attentionnel associé ou non à des troubles de comportement (J. Narbona, 1999).

J. Demoor compare l'instabilité psychomotrice à une chorée mentale. Il note :

- un déséquilibre de l'affectivité,
- un excès d'expression des émotions,
- une ambivalence des réactions,
- un manque d'inhibition et d'attention,
- un besoin incessant de mouvements et de changements avec parole et gestes saccadés.

Pour Narbona, le syndrome déficit attentionnel et hyperactivité ou DA-H est caractérisé par les symptômes suivants :

- labilité de l'attention, impulsivité, hyperactivité « improductive »,
- maladresse motrice, fragilité d'adaptation à l'environnement social.

Cependant :

- le niveau intellectuel est normal
 - et absence de toute manifestation psychopathologique préexistante.
- Ce qu'il faut savoir c'est que l'agitation de l'enfant est normale entre 2 et 4 ans : l'enfant a besoin de toucher à tout, palper, se mouvoir dans l'espace afin de découvrir le monde. Malheureusement, bien souvent, la famille s'en trouvant exaspérée, réagit maladroitement. C'est ainsi qu'au lieu de se calmer, cette agitation persiste au-delà de 4 ans, s'accroît et devient envahissante. Les gestes deviennent maladroits à force d'être crispés. L'enfant passe d'une activité à une autre, se déplace, bavarde et bouge sans cesse.

« L'instabilité recouvre souvent une anxiété profonde inapparente à laquelle on dirait que l'enfant tente d'échapper par son agitation ».

L'instabilité psychomotrice constitue un handicap sérieux pour les écoliers contraints de rester immobiles et silencieux à leur place. Le maître d'école, même lorsqu'il est sollicité par une mère vigilante, ne peut s'occuper particulièrement de son enfant instable étant donné l'effectif très élevé de la classe. Aussi tend-il souvent à mettre l'enfant derrière ou à le renvoyer à l'extérieur pour avoir la paix.

Cette situation va accentuer le sentiment de rejet, déjà existant, vécu par l'enfant à travers les attitudes familiales et même environnementales. C'est pourquoi, souvent, cela engendre chez lui un rejet de l'école, voire même un échec scolaire.

C'est ainsi que l'instabilité devient la cause de conflits avec les parents et

Tentative d'explication de l'hyperactivité à travers une pratique psychologique au VESOS de Draria

HIRECHE RABIA Samia, Université Blida 2

ملخص:

يتمحور مقالنا هذا في إبراز تكفلنا النفسي بالأطفال المصابين باضطراب عجز الانتباه المُصاحب لفرط الحركة في إحدى المؤسسات الخاصة بالطفولة المُسعبة ألا وهي قرية س.أ.س بدرارية. الهدف هو تسليط الضوء على النتائج السلبية للوظائف المختلة لدى هؤلاء الأطفال على المستوى المعرفي و السلوكي المسببة في صعوبات تعلم النشاطات اليومية التي تؤدي خاصة إلى النبذ العائلي و المدرسي للطفل.

لقد بينت الكثير من الدراسات، خاصة دراسة سبيتز (R. Spitz 1945) حول «الحرمان الخاص بمراكز الطفولة المسعبة»، أن غياب المؤثرات الحسية، العاطفية و الإجتماعية تكون لها آثار مدمرة على نمو الطفل، خاصة تأخر على المستوى المعرفي، العاطفي و العلائقي. تجربتنا في قرية درارية، حتى و لو كانت صغيرة، بينت لنا أنه ليس المؤسسة بحد ذاتها هي المسؤولة عن هذا التأخر و لكن نوعية المؤسسة. لهذا حاولنا أيضا، من خلال هذه المقاربة، إبراز على وجه الخصوص الدور العلاجي لهذا النوع من المؤسسات المتكفلة بالطفولة المسعبة.

Introduction

En fait les quelques aspects explicatifs de l'hyperactivité que nous tenterons de vous communiquer n'ont pas fait l'objet d'une recherche scientifique proprement dite. Ils ont été induit uniquement par des observations à travers notre pratique au sein du village sos. Aussi pourraient-ils constituer une base ou des axes de réflexion pour des recherches ultérieures.

1/ Qu'est ce que l'hyperactivité ?

On parlait d'instabilité psychomotrice ou syndrome hyperkinétique (J. de Ajuriaguerra 1980). Actuellement il s'agit d'hyperactivité avec ou sans