

Pédagogie du comportement pour enfants instables de moins de 6 ans

SACI BOUCHERIT -Université Badji .Mokhtar - ANNABA - ALGERIE

Résumé :

Alors que l'hyperactivité des enfants très jeunes telle qu'elle est habituellement perçue, est avant tout un trouble du comportement, entraînant des perturbations principalement dans le milieu préscolaire où évolue l'enfant, et accessoirement dans son milieu familial, les enfants très jeunes souffrant de forme inattentive pure, n'ont aucune manifestation comportementale : au contraire, ils restent souvent isolés et silencieux sur leur banc de la crèche, et ont plutôt tendance à se faire oublier, de sorte qu'ils ne sont pas diagnostiqués, ou avec retard.

Cet article met la lumière sur plusieurs points dont pour la plupart est encore intrigantes ou par fois obscure.

Mots clés : hyperactivité, enfant moins de 6 ans, comportement.

ملخص:

بينما فرط الحركة عند الأطفال قبل سن المدرسة ينظر إليها على أنها عادة، هو في المقام الأول اضطراب سلوكي، مما يتسبب أساسا في اضطرابات في مرحلة ما قبل المدرسة حيث يتطور الطفل، وصدفة في البيئة الأسرية، و الأطفال قبل سن المدرسة المصابين بفرط الحركة يعانون شكل من عدم الانتباه المحض، وليس لها مظهر سلوكي: على العكس من ذلك، فإنهم غالبا ما يكونون معزولين وهادئين على مقاعد رياض الأطفال أو التحضيري، وتميلون إلى أن يكونوا في طي النسيان، حتى لا يتم تشخيصهم مبكرا.

هذا المقال يسلط الضوء على العديد من النقاط التي في معظم الأوقات لا تزال مثيرة للاهتمام أو غامضة.

الكلمات المفتاحية: فرط الحركة، الطفل أقل من 6 سنوات، السلوك.

1 – particularités de l'hyperactivité avant 6 ans :

L'hyperactivité du jeune enfant est déroutante :

Un schéma d'évolution typique : l'enfant a un comportement hyperactif souvent dès la naissance.

Le comportement empire lentement mais sûrement. L'agressivité apparaît. Elle devient hors de contrôle.

L'enfant est parfois exclu de son école maternelle ou successivement exclu de plusieurs écoles maternelles. Personne n'accepte de le garder. Les parents sont désespérés. Or il existe des solutions.

Repérer l'hyperactivité chez un enfant très jeune est en réalité une chance à saisir. Plus on agit tôt, plus les chances de succès de la prise en charge sont grandes.

Il appartient aux parents de construire eux-mêmes un plan d'action individuel pour répondre aux besoins spécifiques de leur enfant. Beaucoup d'idées utiles naîtront en consultant ce site ainsi que la littérature sur le TDA/H.

La suite de ce texte concerne plus particulièrement le TDA/H, et non d'autres causes éventuelles de l'hyperactivité. (Abramson J : 1998. P 78)

2 - Dix faits utiles à connaître

1• L'inattention et l'impulsivité-hyperactivité sont des caractéristiques courantes chez les enfants de deux ou trois ans. L'hyperactivité n'est à cet âge le plus souvent liée ni à une maladie, ni à un handicap. C'est une phase normale du développement.

2• Une impulsivité-hyperactivité permanente et à un niveau cliniquement anormal peut avoir des causes variées : problème sensoriel de la vision ou de l'audition, allergies alimentaires, difficultés psychologiques, traumatisme crânien, épilepsie, maladie bipolaire, TDA/H... Il faut éliminer d'autres causes possibles avant de songer à un diagnostic de TDA/H. Le TDA/H détectable très jeune est en général le sous-type impulsif-hyperactif avec ou sans inattention.

3• Statistiquement, parmi ces causes possibles, les trois causes les plus fréquentes d'hyperactivité anormale sont : le TDA/H, le trouble d'opposition-provocation, les deux simultanément.

Tous deux sont des traits génétiques handicapants. Ce ne sont ni des maladies du développement (autisme, Asperger...), ni des maladies mentales (trouble bipolaire, schizophrénie, anxiété, dépression...).

4• Il a été observé que statistiquement, les mères de nourrisson atteint de TDA/H seraient plus « protectrices » que la moyenne.

Savoir si une éducation protectrice aggrave le TDA/H, ou si au contraire le TDA/H peut inciter intuitivement une maman à une éducation protectrice, a été étudié par le professeur Barkley.

Le résultat est formel : c'est le caractère TDA/H qui pousse temporairement une mère à une protection excessive, sans que cela n'aggrave le TDA/H.

5• Le cerveau d'un enfant continue à se former les premiers mois de la vie, et ne se fige que peu à peu les premières années. Donc il est encore possible de modifier partiellement les comportements et les schémas cognitifs avant 6 ans. Ce sera beaucoup plus difficile plus tard, une fois le cerveau « figé » et l'environnement devenu subitement terriblement normalisant et réducteur à l'école primaire.

6• Les méthodes de rééducation du comportement sont d'autant plus efficaces qu'elles sont commencées jeune. La rééducation et les traitements alternatifs ont statistiquement davantage de chances de marcher chez des enfants qui présentent les TDA/H les plus sévères avec trouble du comportement comorbide avant l'âge de 6 ans. Pourquoi ? Non pas qu'un cas très sévère soit plus facile à traiter. Mais probablement parce que les cas sévères sont détectés très tôt. C'est un avantage : ils obligent à agir bien avant l'âge de 6 ans.

7• Des signes révélateurs du TDA/H sont outre l'impulsivité : une grande vivacité d'esprit associée à une altération de la mémoire de travail (oublis fréquents, difficulté à planifier, concentration sur l'instant présent), de l'intériorisation du langage (se parler constamment à voix haute), du contrôle de soi (comportement impulsif) et de la reconstitution psychomotrice (mauvaise coordination actes/pensées/sentiments).

8• Le trouble du sommeil serait fréquent chez les jeunes enfants atteints de TDA/H. Mais il n'y aurait aucun lien de causalité. Les deux sont indépendants, si ce n'est qu'un manque de sommeil excessif exacerbe les symptômes du TDA/H.

9• Il faut agir immédiatement. Il est inutile d'attendre un diagnostic officiel. Obtenir un premier rendez-vous avec un spécialiste demande souvent plusieurs mois. A ce rythme, une à trois années s'écoulent vite avant un diagnostic définitif. Le diagnostic du TDA/H est d'autant plus délicat que l'enfant est jeune.

Différents problèmes psychologiques, maladies psychiatriques, épilepsie, handicaps ou lésions physiologiques répondent sans qu'il ne s'agisse du TDA/H aux critères de diagnostic du manuel de psychiatrie DSM4. Ces critères seraient en effet quelque peu dépassés. Quant aux tests psychométriques ou « neuropsychologiques » qui servent au diagnostic, la plupart ne sont valides qu'à partir de l'âge de quatre ans ou de six ans.

Aux USA, nombre d'enfants souffrant de maladie bipolaire auraient ces dernières années été d'emblée diagnostiqués par erreur comme étant atteints de TDA/H. Depuis, un livre publié en 1999 par le docteur Demitri Papolos permet de distinguer très tôt TDA/H et maladie bipolaire.

10• L'action la plus immédiate à prendre est la rééducation du comportement (Armstrong T : 2002, p146).

3 - Pédagogie, psychologie, psychiatrie, et neurologie :

Dans le management du TDA/H, il appartient à chacun d'utiliser les outils qui lui conviennent. Il n'existe pas de solution toute faite. Il est donc bienvenu de se construire ses propres outils en faisant jouer sa créativité, et de considérer les outils disponibles, issus de diverses disciplines médicales ou pédagogiques, comme de simples supports.

La neurologie et l'imagerie cérébrale sont utilisées pour confirmer ou infirmer une hypothèse de lésion cérébrale ou d'épilepsie. Elles permettent aussi de différencier statistiquement des populations TDA/H de populations non-TDA/H. Mais à cause des fluctuations statistiques dans la population, elles ne peuvent pas caractériser le TDA/H chez un individu pris isolément. Elles ne fournissent pas non plus de méthode de traitement à l'exception éventuelle du neurofeedback-EEG, utilisé de façon seulement anecdotique.

Deux outils utiles à la réduction du handicap sont fournis par la psychiatrie (pharmacologies psychostimulantes après 6 ans) et par la pédagogie psychomotrice (dont la théorie est l'une des quatre branches de la psychologie). Les bénéfices des deux méthodes (psychostimulants et rééducation psychomotrice) sont temporaires : les psychostimulants n'agissent que quelques heures. Et l'éducation psychomotrice est un effort

permanent dont les bénéfices, lentement acquis, disparaissent dès que l'on relâche l'effort.

Depuis l'étude comparative des modes de traitement publiée par l'institut américain NIMH en 1999, on sait qu'après 6 ans, les psychostimulants utilisés à dosage optimal sont très efficaces, et qu'une psychothérapie intensive de 14 mois ne laisse pratiquement aucun bénéfice résiduel une fois la thérapie terminée. Pour être efficace, la rééducation doit donc rester un effort continu au quotidien, et non pas une thérapie limitée dans le temps. (Bourneville : 1990. P154).

A noter cependant concernant les divers modes de gestion du TDA/H :

- Psychostimulants (seulement pour mémoire car déconseillés avant 6 ans) : Ils ne contrôlent pas le comportement. Ce ne sont pas des camisoles. Ils ne font que corriger temporairement la déficience cérébrale en dopamine pour filtrer des signaux parasites superflus. Ils autorisent ainsi, mais seulement pendant quelques heures, un fonctionnement exécutif quasi-normal. Une conséquence en est un meilleur contrôle de soi.

- Rééducation du comportement : C'est le plus important. La rééducation par l'environnement et par les renforcements est indispensable et efficace en partie pour maîtriser le TDA/H, et plus encore pour corriger ou prévenir les complications fréquentes (principalement : le trouble du comportement s'il y a déjà opposition défiance, ou encore des complications psychologiques futures). Chacun peut la pratiquer. Dans l'étude du NIMH, si les parents et les psychiatres ne relevaient pas d'amélioration par la thérapie du comportement, en revanche les enseignants constataient une amélioration. L'étude du NIMH ne conclut pas que la rééducation est inefficace. Elle conclut simplement qu'elle doit être quotidienne, continue et permanente pour rester efficace, car les bénéfices disparaissent dès qu'on arrête.

- Techniques de relaxation / maîtrise du stress physiologique et alimentation enrichie en acides gras oméga-3.

- Entraînement des fonctions exécutives : Il est possible d'« entraîner » les fonctions exécutives à mieux performer.

La gymnastique, les arts martiaux (surtout le Tae Kwon Do), certains jeux éducatifs (logiciels ou jeux comme le Master Mind), la musique, différents modes d'expression artistique le permettent. Ils ne sont praticables que lorsque l'impulsivité est déjà en partie sous contrôle, via rééducation du

comportement. L'enseignement du Tae Kwon Do commence vers 5 ans. Mais l'instructeur n'acceptera un enfant que si son impulsivité est déjà en partie sous contrôle. (Celestin-Westreich S. Celestin L.P : 2008. 343-349)

Il existe aussi des techniques de gymnastique sensorielle et exécutive : La rééducation psychomotrice améliore la planification et l'exécution des mouvements. Une des pratiques en sont la kinésiologie et le programme « Brain-Gym » (Dr. Paul Dennison), consistant à relier gymnastique et fonctions cérébrales exécutives : équilibre latéral (qui coordonne les mouvements et l'apprentissage), focalisation cérébrale zoom avant-arrière (qui coordonne la mémoire long-terme et les connaissances nouvelles), équilibre vertical (qui balance émotions et pensées). Par contre, les bénéfices pour le TDA/H de la rééducation sensorielle, gymnastique des systèmes vestibulaire, proprioceptif, et tactile développée par le Dr. Jean Ayres, sont incertains.

Psychologie et psychiatrie sont des disciplines méconnues et mystérieuses tant qu'on y a pas à faire. Dans le traitement des maladies mentales, les deux se sont historiquement opposées. Des deux, la psychiatrie, qui corrige les déséquilibres fonctionnels biochimiques, s'est vite établie comme la discipline médicale. Déjà Hippocrate associait troubles mentaux et « humeurs », qu'on appellerait aujourd'hui hormones. La psychologie est devenue un outil complémentaire de diagnostic (par exemple examens neuropsychologiques) et de conseil en accompagnement de traitements. La psychologie a aussi trouvé de nombreux autres débouchés (en management, en pédagogie, en techniques de rééducation, en criminologie, en art militaire tactique, etc...). (Faucher L, Poirier P. Lachapelle J : 2006: 147-182)

4 - Méthodes inspirées de la psychologie comportementale :

- Principes de psychologie :

Chacun peut appliquer une pédagogie inspirée par des principes simples de psychologie. La psychologie est l'étude des comportements humains et des processus mentaux.

Les fondements philosophiques remontent à l'antiquité grecque. La psychologie a été établie comme telle en 1879 par l'école de Leipzig en Allemagne (Wilhelm Wundt) et par l'école de Vienne en Autriche (Josef Breuer). (Bertrand Samuel-Lajeunesse : 2008. 498-511)

La psychologie se divise aujourd'hui en deux disciplines :

- Les études psychologiques, dont les applications vont de la conception des jouets (jouets éducatifs, jouets d'éveil, jeux de société) à celle des chars de combat (raison pour laquelle le canon de certains chars est décentré sur sa tourelle), en passant par les normes de sécurité des bâtiments (conception des issues de secours) et les théories du management (par exemple les sept habitudes du manager efficace selon Stephen Covey).
- La psychothérapie est un conseil en personnalité. La personnalité est définie comme un ensemble de « traits » de caractère. De 4000 traits répertoriés par Gordon Allport en 1936, la classification a été réduite à 5 familles de traits (Robert Mc Crae, 1992).

En coupant à la serpe, la psychothérapie comprend en gros quatre branches :

- La psychanalyse, initiée par Freud et Carl Jung, qui motive la personnalité par l'instinct. Elle recherche les expériences inconscientes, c'est-à-dire survenues chez l'enfant à un âge où les circuits de sa mémoire n'étaient pas encore bien fonctionnelles. Cette branche historique a vite été critiquée pour son inefficacité. Des méthodes plus efficaces se sont développées. Puis elles ont été rationalisées en des techniques simples, par exemple aux USA durant la deuxième guerre mondiale puis durant la guerre du Vietnam, pour prendre en charge les soldats à leur retour des conflits.
- La thérapie cognitive de Albert Ellis, Aaron Beck, Richard Lazarus, s'intéresse aux schémas de pensée.
- La thérapie humaniste de Maslow et Carl Rogers motive la personnalité par les besoins. Elle vise à réaligner pensées et actions sur les objectifs, maximiser le potentiel individuel. Ce sont les principes du management d'équipes et de la thérapie de groupe.
- La thérapie comportementale de John Watson, Ivan Pavlov puis B.F. Skinner (comment modifier les comportements en conditionnant l'environnement, rééducation psychomotrice, méthodes pédagogiques). (Anne Brun, René Roussillon, Patricia Attigui : 2016. 348)

• Modification du comportement TDA/H :

Les théories du développement de la personnalité sont le fondement de la pédagogie en général, et des méthodes employées pour le TDA/H. La thérapie cognitive « pure » ne fonctionne jamais avec le TDA/H. Il est impossible de convaincre un enfant TDA/H de la nécessité de modifier son comportement. Par contre, la branche utile au TDA/H est la thérapie

comportementale, notamment psychomotrice, technique de rééducation différente de la psychothérapie traditionnelle.

Les comportements sont :

- innés, issus de la sélection naturelle (gènes), et
- acquis, issus de la sélection adaptative (renforcements par l'environnement).

Les symptômes handicapants du TDA/H (attention à toute stimulation, impulsivité- hyperactivité) sont des comportements résultant de structures cérébrales et de fonctionnements cérébraux différents. Ils sont strictement innés, issus de plusieurs répliques de gènes. Néanmoins, sans évidemment agir sur le capital génétique, une façon. (Berger M : 1999. 168)

Théories du développement de la personnalité en cinq lignes :

- serait selon Freud une succession d'étapes de développement psychosexuel
- serait selon Erik Erikson une succession de 8 phases de développement psychosocial
- serait selon Jean Piaget une succession de 4 phases de développement cognitif intellectuel du nourrisson à l'adolescent. Cette théorie a inspiré les pédagogies européennes.
- serait selon Kohlberg et Hersch une série simultanée de 6 phases morales.
- se construit selon Albert Bandura principalement par imitation de schémas sociaux et cognitifs. Le développement vu comme imitation de schémas est à l'origine de toute la pédagogie américaine actuelle, et des techniques de rééducation du comportement par renforcement et conditionnement.

de modifier ces comportements est d'agir comme s'ils étaient acquis : en structurant l'environnement par des renforcements. Ce constat est à la base d'une multitude de méthodes de conditionnement du comportement et d'une littérature prolifique sur le sujet. Certaines de ces méthodes ont été spécialement adaptées au TDA/H. Ce sont toutes plus ou moins les mêmes : Barkley, Flick, Voucher, etc.

Russell Barkley en résume huit principes de base applicables aux enfants atteints de TDA/H (d'après « The ADD Report », Guilford Publications Inc., 1993) :

- Utiliser des conséquences plus immédiates qu'avec d'autres enfants.
- Utiliser des conséquences beaucoup plus fréquentes qu'avec d'autres enfants.
- Utiliser des conséquences beaucoup plus marquées qu'avec d'autres enfants (récompenses et punitions).
- D'abord encourager le comportement approprié, ensuite réprimander le comportement inapproprié.
- Assurer une cohérence absolue.
- Anticiper les situations à problème et les transitions. Par exemple en quatre étapes : 1) s'arrêter pour se concentrer quelques secondes, 2) répéter les règles à suivre, 3) rappeler quelle sera la récompense en cas de bon comportement, 4) rappeler quelle sera la punition en cas de mauvais comportement
- Se souvenir que les comportements inappropriés sont le résultat d'un handicap
- Pardonner les mauvais comportements à la fin de la journée.

En plus de ces huit principes généraux, le Dr. Lewis Mehl-Madrona (médecine traditionnelle de la tribu des indiens coyotes) propose une pratique plus élaborée : Adapter le conditionnement du comportement au cas par cas, en se posant la question du pourquoi de chaque comportement inadéquat, et en bâtissant une réponse ou un plan d'actions individualisé en conséquence. (Gérard Azoulay : 2002. 332)

5 - Rééducation du comportement au quotidien :

Dans ce qui suit, les techniques de renforcement et la cohérence éducative valent à la fois pour prendre en charge l'opposition-défiante, le trouble du comportement, et le TDA/H.

Comprendre le mode de pensée d'un enfant atteint de TDA/H :

- Pour 97% des enfants, les méthodes usuelles de pédagogie permettent aux parents de les éduquer et aux enseignants de leur enseigner. La pédagogie usuelle est souvent en échec avec les enfants atteints de TDA/H. Il faut leur appliquer des méthodes particulières.

- Se souvenir que chez un enfant atteint de TDA/H, chaque seconde qui passe dure une minute. Une minute d'attente dure en réalité une heure. L'environnement est fait de gens inactifs qui restent assis des jours entiers sur leur chaise, et qui ont besoin d'une heure pour prendre la moindre décision. Vus par un enfant atteint de TDA/H, les gens sont incapables de se concentrer sur ne serait-ce qu'une dizaine de choses à la fois. L'environnement est frustrant.

- Lorsque l'on finit par céder après 15 minutes de résistance à un enfant atteint de TDA/H à qui on refuse un caprice et qui s'est mis à crier, jeter des affaires, frapper et tout casser... qu'apprend-il ?

1) Plus j'insiste, plus j'ai de chance d'obtenir ce que je veux.

2) La prochaine fois, si je n'obtiens pas ce que je veux, je crierai plus fort, plus longtemps et je frapperai plus fort pour être certain d'atteindre mon objectif.

3) Dans une confrontation avec des adultes, je gagne toujours.

4) Les adultes sont lâches, ils ne vont pas au bout de leurs paroles ni de leurs actes.

5) Je n'ai plus confiance dans les adultes car ils mentent. Ils disent non et ensuite ils disent oui.

6) C'est bien de mentir, puisque les adultes montrent l'exemple.
Conclusion : pour un caprice très minime, mieux vaut ruser de diplomatie pour arriver à faire accepter le « non » avec habileté en évitant l'affrontement, ou à défaut dire « oui » immédiatement. Pour un caprice inacceptable, mieux vaut adopter la devise « la fin justifie les moyens » et rester inflexible sur le non qu'elle qu'en soit la conséquence.

- Ne pas oublier que le TDA/H n'est pas seulement un handicap, c'est simultanément un don. (Parot F : 2004. 122-135)

Renforcements positifs du comportement :

- Economie de jetons et d'autocollants qui servent d'indicateur quantifiable. Les règles du jeu et la récompense finale sont fixés de commun accord par avance. La règle n'est plus jamais modifiée jusqu'à obtention de la récompense. Curieusement, chez les enfants atteints de TDA/H, c'est une méthode très simple qui marche souvent bien.

- Activités sociales (visite au zoo, sport...)

- Encouragement permanent (beaucoup plus fréquent et avec beaucoup plus d'insistance que pour un enfant non atteint de TDA/H).
- Utiliser l'humour et le rire pour éviter l'affrontement.

Conséquences négatives du comportement :

Une règle de base est que toute conséquence négative doit avoir lieu en moins de 10 secondes après le comportement à réprimander. Punir un enfant atteint de TDA/H 5 minutes après une mauvaise action n'a strictement aucun effet. C'est beaucoup trop tard.

Exemples d'actions possibles pour un enfant jeune en fonction de la gravité du comportement :

- Ignorer un comportement à éliminer s'il est mineur.

Ignorer signifie trois choses : 1) aucun contact visuel (pas d'échange de regard), 2) aucun contact physique , 3) aucune parole.

La méthode la plus simple est de s'en aller calmement.

- Assurer une maîtrise physique pour réprimander un comportement à éliminer et faire valoir l'autorité. Typiquement : assis, enrouler les jambes, immobiliser avec les mains les épaules et les bras. Se protéger des mouvements brusques de la tête vers le côté (risque de morsure) ou en arrière (risque de collision contre le crâne de l'adulte et de fracture du nez ou des dents).

- Timeout pour comportement dangereux : Enfermer dans un endroit ennuyeux mais sûr, par exemple toilettes s'il n'y a pas de produits d'entretien ni de médicaments, éventuellement serrure sur couvercle des WC. Utiliser une minuterie pour contrôler la durée. Les livres recommandent une minute par année d'âge. Il faut souvent davantage. (Odile Delignon : 2002. 146)

Organisation :

- Check-lists d'organisation de la vie quotidienne (listes, étiquettes, indicateurs visuels et logos à coller un peu partout...)

Cohérence éducative :

- Cohérence entre toutes les personnes qui s'occupent de l'enfant.

- Cohérence dans le temps. Il faut persévérer souvent des semaines, parfois des mois avant d'atténuer un comportement.
- Cohérence entre les circonstances et les lieux : les règles qui valent à la maison valent aussi à l'extérieur, même si le public se sent choqué.
- Adopter des règles écrites. Porter par écrit permet 1) de s'en souvenir, 2) de ne pas les modifier ne serait-ce qu'involontairement par trou de mémoire, 3) d'assurer une meilleure cohérence entre parents, et 4) de réagir immédiatement et efficacement quel que soit le niveau de stress provoqué par la situation.
- Donner des instructions claires et concises. De préférence formulées comme un ordre en commençant par appeler le prénom, ou comme un choix à faire entre deux alternatives simples. Donner la raison avant l'ordre, jamais l'inverse. Ne jamais utiliser la forme très ambiguë de l'interrogation négative (question qui comporte le mot « pas »). (Golse B : 2009. 184)

Références :

- 1 - Abramson J. **L'enfant et l'adolescent instables**. Etudes liniques et psychologiques. Paris: Alcan, 1998. P 78
- 2- Armstrong T. **Déficit d'attention et hyperactivité**. Stratégies pour intervenir autrement en classe. Montréal : Chenelière Education, 2002, p146
- 3 - Bourneville. **Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie** In : DUCHE D.J. Histoire de la psychiatrie de l'enfant. Paris: PUF, 1990. P154
- 4 - Celestin-Westreich S., Celestin L.P. **Ajustements cognitivo émotionnels familiaux face au Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH)**. Annales Médico Psychologiques 2008. 343-349
- 5 - Faucher L, Poirier P., Lachapelle J. **La théorie des systèmes développementaux et la construction sociale des maladies mentales**. Philosophiques 2006: 147-182

- 6 - Bertrand Samuel-Lajeunesse. **Manuel de thérapie comportementale et cognitive** : Dunod 2eme édition. 2008. pp 498-511
- 7 - Anne Brun, René Roussillon, Patricia Attigui : **Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques**, Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels. Dunod 2016, p 348
- 8 - Berger M. **L'enfant instable** ; approche clinique et thérapeutique. Paris : Dunod, 1999 p168
- 9 – Gérard Azoulay. Les théories du développement. Presses universitaires de Rennes, 2002, p 332
- 10 - Parot F. **Mais pourquoi ces enfants ne tiennent-ils plus en place?** L'ordre des corps. Débat 2004: pp 122-135
- 11 - Odile Delignon. Turbulence en Maternelle ou « ces enfants qui bougent trop ». Montréal : Chenelière Education, 2002, p 146
- 12 - Golse B. **Avoir peur de nos propres enfants**. L'enfance entre idéalisation et diabolisation. Dialogue 2009 ; p 184

1985



Université Mohamed Boudiaf - M'sila

Laboratoire des Habilités de la vie

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

Revue L'Inclusive des études psychologiques et sciences de l'éducation



ISSN: 2507-7414

N° (02) Septembre 2016