



© Psycho-e-print, 09/04/2002  
Ecrit le 29/10/2000

Fernandez L. (2002), L'enfant en développement. *Psycho-e-print*, lydia\_fernandez00/lenfant en developpement, 27.

## L'enfant en développement\*

LYDIA FERNANDEZ\*\*

**Résumé** – L'enfance est le lieu privilégié pour l'étude du développement de l'homme. Cette période de la vie, siège de transformations physiques et psychologiques rapides, très apparentes et donc observables, a ouvert la voie vers la constitution d'une psychologie de l'enfant et du développement. Cette psychologie a sa propre histoire au sein de l'histoire de la psychologie générale. Elle se préoccupe également de l'étude des passages obligés de l'épigenèse – petite enfance, enfance, adolescence – vers l'état adulte. Le développement de l'enfant est un objet de connaissance qui, par son histoire, laisse aussi des traces sur les théories des pionniers comme Freud, Wallon et Piaget. Ce développement peut être normal ou pathologique. Dans le cas où le développement de l'enfant est pathologique, il est nécessaire de s'intéresser aux dysfonctionnements et aux handicaps moteurs, sensoriels et mentaux les plus fréquents chez l'enfant.

---

\* Cet article n'a pas été accepté pour publication dans psycho-e-print par un comité de lecture de pairs. Il est publié dans psycho-e-print principalement pour le bénéfice des chercheurs qui consultent la base de données psycho-e-print. Les lecteurs occasionnels ne devraient pas prendre acte de son contenu et les journalistes devraient rapporter son contenu avec les précautions d'usage.

\*\* Maître de Conférences en Psychologie clinique et en Psychopathologie, Université de Provence (Aix-Marseille I). E-mail : lydiafg@up.univ-aix.fr.

**Mots-clés.** Histoire, Psychologie, Enfant, Développement, Handicaps, Trisomie 21, Autisme infantile.

## Child in development

**Abstract** – Childhood is the privileged scene for the study of man's development. This period of life, being the seat of very obvious and therefore observable, and quick physical and psychological transformations, has opened the way toward the constitution of a child and development psychology. This psychology has its own history within the history of general psychology. It equally matters in the study of the necessary transitions – infant, childhood, adolescence – toward the adult state. The development of child is, in its history, an object of knowledge that also lets some traces in the theories of the pioneers as Freud, Wallon, and Piaget. This development may be normal or pathological. In the case where the child's development is pathological, it is necessary to be interested in the dysfunction and the most frequent motor, sensory and mental handicaps in the child.

**Keywords.** History, Psychology, Child, Development, Handicaps, Trisomy 21, Infantile autism.

### Introduction

Le développement est défini comme l'ensemble des transformations qui affectent les organismes vivants ou les institutions sociales. Les notions de continuité, de finalité et d'évolution sont impliquées. Le développement renvoie alors le plus souvent : a) à des étapes fléchées temporellement qui conduisent un organisme vivant ou une institution sociale, d'un état primitif élémentaire à un état élaboré plus complexe, provisoire ou définitif ; b) aux mécanismes et processus qui assurent ou permettent le passage d'une étape à une autre.

La psychologie du développement traite du développement de l'enfant, des transformations qui l'affectent de la naissance à l'âge adulte et cela dans certains domaines de l'affectivité, de l'évolution de la personnalité et de l'intelligence, des dysfonctionnements et handicaps moteurs, sensoriels et mentaux de l'enfant.

Le développement ainsi spécifié et circonscrit, rappelle également l'origine et les étapes historiques de la psychologie du développement.

Il renvoie à des observations, des faits expérimentaux, des hypothèses, des interprétations, des théories qui sont examinés dans cet article.

## **Rappel historique**

Ce rappel est basé sur les travaux d'un certain nombre d'auteurs contemporains (Bideaud, Houdé, Pedinielli, 1993 ; Cartron, Winnikamen, 1999 ; Danis *et al.*, 1998a ; Tourrette, Guidetti, 1994) et présente succinctement les principales orientations théoriques, dans la constitution d'une psychologie de l'enfant et du développement.

### *Les pionniers*

Lamarck (1744-1829) propose une théorie de l'évolution fondée sur un changement continu des êtres vivants (effet direct du milieu sur un organisme en activité). Il explique la transmission des caractères acquis héréditairement modifiés par variation lente et cumulative (jambes arquées chez le cavalier, par exemple). Cette théorie génétique n'ayant jamais pu être scientifiquement démontrée est tombée en désuétude.

Darwin (1809-1882) voit la cause de l'évolution dans l'extrême variabilité des espèces en fonction de la diversité géographique de leur milieu de vie, d'où l'hypothèse d'une souche commune à toutes les espèces et d'un mécanisme de sélection naturelle où seuls les individus les plus favorisés se reproduisent et seuls les organismes adaptés subsistent. A propos de l'être humain, Darwin développe le point de vue selon lequel, qui ne croit pas à l'évolution naturelle et progressive des facultés humaines devrait étudier leur développement chez les jeunes enfants. Il explique, par exemple, que la reconnaissance précoce des expressions du visage est instructive et tire son origine du monde animal. Il pense également que le langage a évolué depuis un stade animal pour devenir langage articulé chez l'homme.

Binet (1857-1911) élabore un instrument de mesure de l'intelligence permettant de classer hiérarchiquement les individus en les plaçant sur une échelle graduée de développement. Il réalise des recherches sur les différences de caractère et d'intelligence des enfants. Il est le premier à avoir élaboré une méthode systématique pour tenter de mesurer, sous le terme d'intelligence, une fonction psychologique complexe.

Hall (1846-1924) s'attaque, par l'usage extensif de questionnaires, à l'exploration du contenu de l'esprit de l'enfant. Marqué par la théorie de l'évolution, il considère que chaque étape du développement de l'enfant correspond à une étape de l'évolution des espèces (par exemple, la vie fœtale rappelle la période aquatique, lorsque nous étions des poissons, puis, des sauriens – c'est la fameuse théorie, chère à Freud dans le cadre de son concept d'inconscient, de l'épigenèse qui résume en raccourci la phylogenèse).

Baldwin (1861-1934) adapte le principe de la sélection naturelle de Darwin en un concept de « sélection organique » qui rend compte de l'épigenèse. On doit à Baldwin des observations méthodiques de nouveaux nés et l'invention du terme de « réaction circulaire » (activités du bébé dont la répétition est engendrée par les effets qu'elles produisent) et de la notion de « médiation » (la référence d'un contenu objectif à quelque chose qui n'est pas de lui, procurant au sujet un moyen de contrôle de ses opérations mentales).

Janet (1859-1947) étudie le jeune enfant dès avant le langage, mais à un niveau supérieur à celui des conduites élémentaires réflexes, l'intelligence pratique, qui consiste à inventer des solutions aux problèmes posés par la réalité, en établissant des relations, des rapports nouveaux entre les choses. Dans une perspective génétique, il illustre ses analyses par des exemples et des arguments tirés de l'étude comparée des conduites animales, des travaux de sociologie ou d'ethnologie et surtout de la psychopathologie. Il s'intéresse également aux conduites sociales, aux conduites d'imitation et aux conduites de collaboration chez l'enfant. Janet explore le champ des « objets intellectuels » (objets de l'action créés par l'homme et distincts des objets naturels partagés par les animaux, tels que s'alimenter ou fuir le danger immédiat), repris et précisé par Vigotsky et par Wallon sous l'appellation « d'instruments psychologiques ».

Stern (1871-1938) s'intéresse à l'usage du langage dans la prime enfance. Il montre que le développement du langage fait intervenir simultanément imitation et spontanéité dans une activité de sélection et d'intégration opérée par les enfants sur les formes verbales qui leur sont présentées. Cette convergence entre reproduction et création se manifeste aussi bien dans l'acquisition des phonèmes, des mots et des structures syntaxiques, et conduit à la production de phrases d'une complexité croissante. Stern crée une psychologie nouvelle fondée sur la

notion de développement, en plaçant au premier plan l'action du sujet en tant que moteur de son propre développement psychologique.

Watson (1878-1958) est le promoteur de l'étude scientifique du comportement animal et humain, basée sur une observation rigoureuse. L'étude du comportement animal, avec la mise en évidence des réflexes conditionnés (Pavlov), oriente ses recherches vers l'apprentissage et l'éducation. Skinner (1904-1990) élargit le concept de conditionnement par l'action opérante du sujet sur l'établissement des liens entre stimulus et réponse comportementale, et avec un intérêt particulier pour les implications pédagogiques de cette théorie de l'apprentissage. Ces travaux mettent en évidence des capacités précoces d'apprentissage chez le jeune enfant par conditionnement.

Gesell (1880-1961) est l'un des premiers chercheurs à promouvoir l'observation filmée des caractéristiques comportementales de chaque âge. Il fut l'initiateur d'un inventaire du développement applicable aux enfants de 4 semaines à 5 ans. Pour lui, le développement psychologique est à l'image du développement physique, affaire de maturation et d'actualisation du potentiel génétique de l'individu en tant que membre d'une espèce spécifique. Pour Gesell, l'environnement dans lequel l'enfant grandit intervient modérément dans le déroulement des séquences développementales.

Vigotsky (1896-1934) développe une théorie historico-culturelle du psychisme mettant l'accent sur les outils sociaux tels que le langage, grâce auxquels se développent l'intelligence. Pour lui, l'intériorisation des activités pratiques en activités mentales de plus en plus complexes, est assurée par les mots, origine de la formation des concepts. Le langage « égocentrique » présente un caractère social en jouant le rôle de médiateur dans le développement et le fonctionnement de la pensée, et se transforme peu à peu en langage « intérieur ». Vigotsky invente la notion de « zone proximale de développement » rendant compte des rapports entre apprentissage et développement au cours de l'histoire sociale de l'enfant.

Bruner attribue un rôle fondamental à la culture dans le développement, rôle rendu effectif par la médiation due à l'adulte en interaction avec l'enfant grâce au langage. Il souligne l'importance de la culture humaine dans le modelage de la conduite individuelle. Pour Bruner, on ne peut concevoir le développement humain que comme un processus d'assistance, de collaboration, entre un enfant et un adulte, l'adulte

agissant comme médiateur de la culture. L'immatunité permet l'éducabilité et celle-ci repose sur le jeu et l'imitation. Bruner consacre ses travaux sur le développement de l'enfant aux situations interactionnelles dyadiques (les « formats »), dans un contexte spécifié (interactions dyadiques mère-jeune enfant par exemple)

### *Freud, Wallon, Piaget*

Freud (1856-1939) retrace la genèse de la personnalité à partir d'un matériel clinique recueilli au cours de thérapies d'enfants ou d'adultes (travail de reconstruction). Au départ de ses travaux, les individus constituant la base de ses élaborations théoriques sont des patients en demande d'aide psychologique et des individus tout-venant. Pour Freud, c'est l'enfant qui explique l'adulte. Le rôle de l'environnement est prépondérant par rapport à celui de la maturation. L'individu est façonné par ses expériences personnelles et les relations interpersonnelles qu'il a développées pendant l'enfance.

Wallon (1879-1962) étudie l'ensemble du développement de l'enfant en intégrant les aspects cognitifs, affectifs et sociaux de la personnalité de l'enfant indissociables selon lui. Il considère que l'enfant est un être génétiquement social dès sa naissance et qu'il construit progressivement son identité à travers ses relations à autrui. L'environnement l'aide à actualiser ses potentialités en lui apportant des occasions d'exercer ses nouvelles capacités.

Piaget (1896-1980) s'intéresse à l'enfant en tant que moyen d'accès au fonctionnement mental des adultes. Il étudie la transformation de la connaissance, de l'enfance à l'âge adulte, et cherche à comprendre d'où vient notre savoir et comment il se construit (épistémologie génétique). Il étudie la genèse des processus mentaux et des connaissances que leur fonctionnement engendre. Pour lui, toutes nos connaissances s'élaborent au cours des échanges entre l'individu et l'environnement dans lequel il se développe et se structurent en prenant appui sur les connaissances antérieures et en préparant l'intégration des connaissances nouvelles.

## Quelques définitions

*Psychologie du développement, psychologie génétique, psychologie de l'enfant*

Les incertitudes conceptuelles rendent ces disciplines parfois substituables alors qu'elles renvoient à des objectifs bien différents.

La *psychologie de l'enfant* est centrée sur l'enfant. « Elle se préoccupe de l'enfant pour lui-même » (Piaget, Inhelder, 1966 ; Zazzo, 1983). Elle décrit et explique le fonctionnement de l'enfant et son évolution de la naissance à l'adolescence. « Elle est une science de l'observation de l'enfant en situation et considère toute la complexité de ses conduites au sein de contextes variés et dans son réseau de relations à autrui » (Bénony, 1998).

La *psychologie génétique* ne renvoie jamais à l'aspect génétique héréditaire des conduites, mais elle est centrée sur l'aspect évolutif des comportements, sur leur genèse<sup>1</sup>. Ce terme est actuellement peu utilisé du fait des confusions possibles avec celui utilisé pour désigner l'étude des gènes : la génétique (Tourrette, Guidetti, 1994). Pour Piaget et Inhelder (1966), la psychologie génétique se rapproche de la psychologie générale (étude de l'intelligence, des perceptions, ...) en tant qu'elle cherche à expliquer les fonctions mentales par leur mode de formation, donc par leur développement chez l'enfant. L'un des grands intérêts de la psychologie génétique aura été de s'ouvrir sur la multiplicité des séries évolutives, pour tirer de leur confrontation des conclusions à valeur générale : phylogenèse, ontogenèse, histoires des sociétés, des idées et des sciences (Danis *et al.*, 1998a).

La *psychologie du développement* renvoie à l'étude de l'ensemble des changements physiques, mentaux et sociaux qui se produisent au cours de l'évolution, du début à la fin de la vie (naissance, adolescence, âge adulte, vieillesse). Elle renvoie également à l'étude de l'évolution des processus et des comportements. Elle intègre de plus en plus le développement des enfants porteurs de handicaps (Guidetti, Tourette, 1999) et de psychopathologies (Bénony, 1998). La majeure partie du

---

<sup>1</sup> En ce sens, il faudrait plus proprement parler de psychologie épigénétique.

travail des psychologues du développement est consacrée à trois problèmes centraux, trois oppositions (Myers, 1997) :

1) L'opposition Nature/culture : comment notre développement est-il influencé par notre héritage génétique et par notre vécu ? Les enfants élevés dans des cultures différentes suivent-ils la même voie de développement (grâce à leur nature humaine commune) ? Ou bien leur croissance physique, mentale et sociale se déroule-t-elle différemment en fonction des apports culturels ? La majorité des chercheurs s'accorde pour dire que nos comportements résultent de l'interaction de nos gènes avec notre vécu. Les gènes prédisposent à certains comportements qui se révèlent dans un contexte social particulier.

2) L'opposition continuité/stades : l'évolution du développement est-elle graduelle ou continue ? Ou bien procède-t-elle par poussées, au travers d'une succession de stades séparés ? Le développement est-il un processus lent et continu ou s'accomplit-il par poussées qui définissent différents stades ? Les chercheurs qui privilégient l'expérience et l'apprentissage voient le développement comme un processus de formation lent et continu. Ceux qui insistent sur la maturation biologique ont tendance à l'envisager comme une succession d'étapes ou de stades génétiquement prédéterminés, rapides ou lents, traversés dans le même ordre.

3) L'opposition stabilité/changement : jusqu'à quel point changeons-nous ? Le développement est-il plutôt caractérisé par la stabilité ou le changement ? Nos traits individuels persistent-ils ? Ou bien devenons-nous des personnes différentes en vieillissant ? La plupart des développementalistes pensent que pour certains traits, comme l'intensité des émotions, il existe une continuité sous-jacente, particulièrement dans les années suivant la petite enfance. Mais en vieillissant, nous changeons physiquement, mentalement et socialement. Le développement humain est un processus permanent tout au long de la vie.

### *Psychologie psychanalytique du développement*

Les psychanalystes généticiens ont essayé d'intégrer la psychanalyse dans la psychologie génétique. Anna Freud (1936) a toujours cherché à tenir compte du développement réel de l'enfant et des aspects spécifiques de sa maturation (Bénony, 1998). Elle envisage le développement comme non homogène, non linéaire. Elle propose le

concept de « ligne de développement », pour désigner différents axes de croissance de l'enfant : axe de la dépendance à l'autonomie et aux relations d'objets de l'adulte ; axe de l'indépendance corporelle (de l'allaitement à l'alimentation, de l'incontinence au contrôle sphinctérien). La pathologie naît de décalages ou de dysharmonies entre les niveaux de maturation de ces axes ou lignes de développement.

Pour Spitz (1958), deux types de processus interviennent dans le développement de l'enfant : les *processus de maturation* inscrits dans le patrimoine héréditaires et non soumis à l'environnement et les *processus de développement* dépendants des relations objectales et de l'apport de l'entourage. La finalité du développement est donc l'adaptation externe (échange entre l'organisme et l'environnement, l'entourage, le milieu intérieur et extérieur) et la synthèse interne (épanouissement de fonctions, organes, conduites innées). L'évolution psychique est marquée par l'existence d'*organiseurs* qui définissent les étapes essentielles du développement : a) l'apparition du sourire (vers 2-3 mois) ; b) la réaction d'angoisse devant le visage d'un étranger (angoisse du 8<sup>ème</sup> mois) ; c) l'apparition du non (dans le courant de la seconde année). Spitz a été à l'origine de la découverte des phénomènes d'hospitalisme (syndrome aussi appelé « carence affective totale », observé dans les institutions où des enfants correctement logés et nourris souffraient d'un manque de contact chaleureux avec ceux qui s'occupaient d'eux ; les enfants ainsi élevés étaient carencés au plan psychoaffectif, avec un sous-développement du langage, de la psychomotricité et de la socialisation) et de dépression anaclitique (à la suite d'une séparation avec l'entourage aboutissant à une régression du développement et à des symptômes somatiques).

Winnicott (1969, 1975) met l'accent sur la *préoccupation maternelle primaire* qui se développe au cours de la grossesse et persiste quelques temps après la grossesse. Elle doit permettre au bébé de ne pas éprouver d'angoisse d'annihilation et d'investir son *self* (soi). Le rôle de la mère comporte trois fonctions : a) le *handling* (activités concernant le corps : toilette et échanges cutanés – toucher, caresses) ; b) le *holding* (activités de soutien physique et psychique du nourrisson, de maintenance) ; c) l'*object-presenting* (capacité pour la mère d'offrir à l'enfant l'objet au moment où il en a besoin). Les concepts les plus originaux de Winnicott sont ceux : a) d'*objet transitionnel* (objet concret – jouet, peluche, morceau de chiffon, de couverture, ... que l'enfant investit

psychiquement et conserve avec lui dans les situations de séparation permettant d'accéder à l'individuation); b) d'*aire transitionnelle* (l'objet est un objet intermédiaire entre deux situations qui permet le passage – la transition –, d'un point de vue développemental, entre la fusion initiale avec l'objet et la séparation). L'absence d'objets transitionnels ne permet pas d'accéder à la séparation avec la mère et témoigne de frustrations précoces.

Bowlby (1978) a étudié les carences maternelles et a développé une théorie de l'*attachement*, c'est-à-dire un besoin primaire de contact (agrippement primaire) dont le but est la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique, à partir des travaux des interactions mère-enfant lors d'expériences de déprivation (Bideaud, Houdé, Pedinielli, 1993).

Les travaux des psychanalystes généticiens (Bénony, 1998) montrent que : le développement est l'expression de conflits (crises au sens de changements) normaux et nécessaires s'organisant dans un mouvement interactif entre l'interne et l'externe. Ils permettront à l'individu, à l'âge adulte, de mobiliser plus d'énergie, de mettre en place des stratégies défensives et d'ajustement au monde interne et externe.

Les échecs du développement sont souvent causés par l'insécurité affective, les pressions précoces, l'excès d'encadrement ou de rapproché physique et/ou psychique avec des phénomènes de séduction plus ou moins intenses empêchant l'enfant d'élaborer l'ambivalence fondamentale, nécessaire au processus de séparation et à l'élargissement de l'autonomie.

## **De l'enfant à l'adulte**

### *L'enfant*

Les travaux de Bruner (1983) et Wallon (1965), sont ici importants à prendre en compte. Le mot enfant dérive du latin *infans* (qui ne parle pas encore, qui ne parle pas bien, qui balbutie), il est synonyme de *bébé*, de *nourrisson*. Ce mot ne rend pas compte à quel moment s'effectue le passage vers une autre période, comme l'adolescence, elle-même transition vers l'âge adulte. Ce flou traduit la difficulté de séquencer une réalité continûment changeante : transformations touchant à tous les domaines, physique et psychologique, cognitif, social et affectif.

Dans les situations environnementales physiques et sociales, les enfants sont successivement placés en fonction de leur niveau d'âge (crèche, école maternelle, école primaire, ...). Les comportements, actions et réactions que l'on attend d'eux, leurs compétences intellectuelles et affectives sont supposées s'accroître, s'enrichir et se diversifier avec le grandissement. L'étude de l'enfance ne doit pas se centrer exclusivement sur sa finalité (intégration plus ou moins rapide dans le tissu social et son évolution plus ou moins dirigée vers un état achevé), mais prendre en compte la dimension temporelle pour que la spécificité de l'enfant, à tous les âges, en regard des variations historiques du contexte social, soit reconnue (Bideaud J, Houdé O, Pedinielli, 1993 ; Danis *et al.*, 1998b).

### *Les adultes sont les parents des enfants*

L'enfant reçoit les matériaux et instruments lui permettant de se construire comme sujet autonome (croissance physiologique, développement psychomoteur, intellectuel et communicatif, cognitif, affectif et social). Les parents qui entourent l'enfant sont pour lui les véhicules et les interprètes de savoirs et de pratiques accumulées au cours des générations successives qui les ont précédés. Par leur intermédiaire, l'enfant « en devenant » se fait. Il apprend très vite à gérer les contraintes de son milieu, même si sa condition d'enfant le rend tributaire des parents pour satisfaire ses désirs et ses besoins. Il s'agit d'une appropriation qui implique de sa part motivation, recherche (établissement des liens avec les personnes qui l'entourent) et investissement (saisie de la signification des rapports inter-humains et intégration de ses rapports).

### *L'enfant est le parent de l'adulte qu'il sera*

L'enfant explique l'homme, autant et souvent plus, que l'homme n'explique l'enfant, car si celui-là éduque celui-ci par le moyen de multiples transmissions sociales, tout adulte, même créateur, a néanmoins commencé par être un enfant (Piaget, Inhelder, 1966). En ce sens, étudier l'enfant, c'est « tracer le portrait de l'adulte futur » (Danis *et al.*, 1998a), à travers les étapes d'une croissance et d'un développement à rechercher dans l'enfant lui-même. Un enfant confronté aux

situations et aux problèmes qu'il rencontre et auxquels il s'efforce de répondre avec les ressources dont il dispose, et qui progresse ainsi par rapport à lui-même, à partir de ses propres expériences modelant l'adulte qu'il sera.

*Les théories en psychologie du développement : le concept de stade*

Le concept de « stade » conçoit l'évolution comme la succession linéaire de périodes caractéristiques, homogènes, exclusives les unes des autres. Le développement s'achève par l'accès au dernier stade qui se pérennise la vie durant. La pathologie, quant à elle, est représentée comme un échec du développement (stagnation à un stade), ou un retour à des stades antérieurs (régression).

En psychanalyse l'usage du terme « stade » recouvre son sens strict, comme période identifiable d'un processus en évolution, ou bien il prend le sens de phase. Le terme est en accord avec les quatre propriétés qui légitiment scientifiquement une théorie des stades : a) portée prédictive différenciant le déroulement temporel des comportements et de l'expérience ; b) le concept implique une invariance trans-individuelle ; c) il implique une cohésion structurale qui garantit (b) à chaque stade ; d) il implique une intégration hiérarchique des structures successives (quelles que soient les variations épistémologiques de modélisation hiérarchico-intégrative adoptée).

*Les stades freudiens du développement libidinal*

Le terme *stade libidinal* désigne une organisation spécifique de l'affectivité caractérisée comme une organisation de la libido sous le primat d'une zone érogène et d'un certain type de relation d'objet (développement psycho-sexuel). Trois stades sont décrits selon le modèle freudien :

**1) Stade prégénital (petite enfance) :** qui se subdivise en trois sous-stades : a) stade oral (avant 2 ans), il caractérise le plaisir sexuel dominé par l'excitation de la bouche (cavité et lèvres), qui accompagne l'alimentation. La relation d'objet à la mère sera marquée par l'imaginaire « manger/être mangé » chez le très jeune enfant. Abraham proposera de le subdiviser en trois étapes développementales : le stade

oral précoce lié à l'activité de succion (tétée du nourrisson) ; le stade préambivalent ; et le stade sadique-oral lié à l'activité de morsure (stade ambivalent). Klein reprendra cette modélisation : le rôle du sadisme oral est déterminant, mais il n'y a qu'un seul niveau qui rend co-occurents les deux comportements (désir de sucer et désir de détruire).

b) Stade sadique-anal (entre 2 et 4 ans), il désigne le primat de la zone érogène anale pour procurer du plaisir avec une relation d'objet marquée par l'imaginaire d'un enfant lié aux activités de se retenir et d'expulser sur le pot et à la valeur symbolique accordée au résultat de cette activité (faire plaisir ou non à sa maman). Se développent à cette période d'érotisme anal, la polarité passif/actif et le sado-masochisme qui pourront ultérieurement persister sous forme de trait de caractère chez l'adulte. Abraham (1924) a distingué deux étapes du stade sadique-anal par deux types d'activités (retenir et expulser les fèces), qui spécifient deux modes de relation d'objet sadique : le sadisme d'expulsion (destruction de l'objet) et le sadisme de rétention (possession). Freud verra dans l'exercice du contrôle musculaire anal la source de la pulsion d'emprise.

c) Stade phallique (au delà de 3 ans), il décrit une organisation de la libido où les pulsions partielles s'unifient sous le primat de l'exploration des organes génitaux. Clitoris et pénis assurent pour Freud la même fonction (à l'encontre de ce qui s'exprimera à l'adolescence) et la différence des sexes se subsume à l'opposition châtré/phallique qui fait suite à l'opposition passif/actif du stade précédent. Les relations d'objet sont marquées par un imaginaire polarisé par l'angoisse de castration, dans une période du développement par ailleurs caractérisée par le déclin résolutoire du complexe d'Œdipe. Le stade phallique joue un rôle central dans l'issue du complexe d'Œdipe, par l'intérêt narcissique que le garçon porte à son pénis et par son équivalent chez la fille, l'envie du pénis, conception par la suite discutée par Klein.

**2) Période de latence (enfance) :** Succédant à L'Œdipe (de 5-6 ans à la puberté), cette période est classiquement considérée comme une phase de repos et de consolidation des positions acquises. Il s'agit d'une étape d'arrêt dans le développement sexuel. On ne peut décrire d'organisation nouvelle durant cette période, c'est pourquoi l'on parle de « période » au lieu de « stade de latence » : les instincts turbulents sommeillent, le comportement tend à être dominé par des sublimations partielles et des

formations réactionnelles. L'enfant se tourne vers d'autres domaines que sexuels : école, camarades de jeux, livres et autres objets dans le monde réel, encore que l'énergie de ces nouveaux intérêts soit toujours dérivée des intérêts sexuels (Houser, 1986).

**3) Stade génital (adolescence) :** Freud définit la puberté par l'apparition d'un but sexuel nouveau et analyse de nouveau la notion de plaisir sexuel. Pour lui, le nouveau but du plaisir sexuel est attaché à l'acte final du processus sexuel. Freud (1905) décrit les transformations qui, à la puberté, doivent amener la vie sexuelle de l'enfant à sa forme définitive et normale. Il rappelle comment la pulsion sexuelle restait, avant la puberté, essentiellement auto-érotique provenant de pulsions partielles et de zones érogènes qui, indépendamment, les unes des autres, recherchaient comme unique but de la sexualité un certain plaisir. Or, avec la puberté, apparaît un nouveau but sexuel vers lequel toutes les pulsions partielles des stades précédents s'orientent, alors que les diverses zones érogènes se soumettent au primat de la zone génitale. Dans le cadre de la normalité, la sexualité pré-génitale restera, secondairement, comme moyen de séduction et d'excitation, notamment lors des préliminaires. Pour Freud, la pleine organisation de la libido n'est atteinte que par la puberté dans la phase génitale. Le stade génital ou puberté est donc un mode d'organisation de la libido où se remanient l'auto-érotisme des stades antérieurs. Le choix d'objet est en fait accompli dans l'enfance (Freud, 1905), mais ce que la lente synthèse des pulsions partielles empêchait jusqu'alors trouve à l'adolescence son couronnement : une seule autre personne procure le plaisir. Plus tard, à partir de 1923, Freud pensera que le stade génital devrait comporter deux moments : le stade phallique (incluant sa traversée de la latence) et le stade génital définitif (puberté) ; seront alors conçus comme stades pré-génitaux le stade oral et anal.

#### *Les stades du développement de la personnalité de Wallon*

Pour Wallon, les stades ne sont pas conçus comme des périodes tranchées, homogènes et exclusives, mais comme un développement dans la discontinuité, en attribuant un rôle important aux conflits, contradictions et crises. Il s'agit pour Wallon du développement de la personnalité et non pas seulement de celui de l'intelligence. Il distingue

des stades centripètes marqués par la prédominance de l'affectivité sur l'intelligence et des stades centrifuges marqués par la prépondérance de l'intelligence sur l'affectivité et correspondant à une exploration du milieu physique Cette évolution dialectique de la personne se réalise dans une interaction entre l'individu et l'environnement. Wallon (1934, 1945) distingue six stades :

**1) Stade d'impulsivité motrice ou stade impulsif (de 0 à 3 mois) :** ce stade centripète est marqué par la fusion émotionnelle. L'enfant est dépendant de l'adulte et sa vie se réduit aux mouvements dont le développement est dominé par les réflexes toniques de défense et d'attitude qui se transforment en réflexes conditionnels liés aux besoins et acquièrent un caractère expressif provoquant la réaction de l'entourage.

**2) Stade émotionnel (de 3 à 12 mois, avec une apogée vers 6-7 mois) :** ce stade centripète est marqué par la symbiose affective et la domination du contact humain sur l'exploration du monde physique. Les émotions sont le moyen privilégié de communication de l'enfant, qui les exprime sous forme de mimiques, d'expressions vocales ; elles se différencient en joie, impatience, douleur, chagrin, ... et sont utilisées dans la communication avec l'entourage, représentant ainsi une première forme de sociabilité. A la fin de ce stade l'enfant va se tourner vers des activités orientées cette fois vers les objets et l'exploration du monde physique (orientation centrifuge).

**3) Stade sensori-moteur et projectif (de 1 à 3 ans) :** le stade sensori-moteur (1 à 2 ans) se subdivise en deux dimensions : a) l'intelligence pratique (intelligence des situations) dépendant de la manipulation des objets et des conduites d'exploration, de locomotion ; b) l'intelligence discursive dépendant des attitudes contribuant à l'apparition de l'imitation (simulacres) et entraînant l'avènement des représentations. et du langage. Le stade projectif (de 2 à 3 ans) est caractérisé par le passage des activités motrices aux représentations, les actes moteurs servant de support aux représentations mentales qui se projettent sur eux. L'imitation – notamment différée (en l'absence du modèle) – qui apparaît au cours de la troisième année, est une bonne illustration de ce phénomène (stimulation par l'action de l'activité mentale et intériorisation des actes moteurs). A cet âge, l'enfant n'est pas encore capable de se différencier d'autrui et Wallon (1945) évoque de manière purement descriptive un stade des personnalités interchangeable, qui qualifie la

dispersion de la personnalité précédant la période où l'enfant se distingue des autres. A ce stade, la sociabilité comporte deux composantes : dans un premier temps, la sociabilité syncrétique (réactions à un partenaire, réciprocité et opposition, couple contemplation-parade), puis la sociabilité différenciée (jalousie puis sympathie).

**4) Stade du personnalisme (2,5-3 ans à 6 ans) :** ce stade est à prédominance centripète (vers la construction de la personne), il implique une différenciation entre moi et autrui et atteste l'avènement de la conscience de soi (conscience corporelle et conscience sociale). Il se caractérise par un changement dans les relations avec l'entourage (crise de la personnalité marquée par un retour de l'enfant sur lui-même et affirmation de soi). Wallon découpe trois périodes à l'intérieur de ce stade : d'opposition (3 à 4 ans), de grâce (4 à 5 ans), d'imitation (5-6 ans). A la période d'opposition, les réactions de prestance se diversifient : l'enfant peut être autoritaire, jaloux, opposant, sensible au regard des autres (la honte apparaît), il recherche l'attention des adultes. La période de grâce est placée sous le signe de la séduction, l'enfant recherchant l'approbation et l'effet qu'il peut produire ; la timidité fait son apparition. A la période d'imitation, il développe des conduites d'imitation différée de manière systématique, il enrichit son moi en imitant les autres.

**5) Stade catégoriel (6 à 11 ans) :** ce stade d'orientation centrifuge (tournée vers les relations objectives extérieures), se décompose en deux sous-stades : la pensée précatégorielle (6 à 9 ans) et la pensée catégorielle (9 à 11 ans). La pensée précatégorielle est syncrétique, notamment sous la forme de la pensée par couple (tautologie) que Wallon (1934) considère comme « la structure la plus élémentaire sans laquelle la pensée n'existerait pas ». Si la pensée est encore tributaire des objets, elle permet une différenciation entre des éléments qui, cependant, se définissent mutuellement (le soleil c'est le ciel, le ciel c'est en haut, en haut c'est le soleil...). La pensée catégorielle repose d'abord sur la comparaison des objets, ce qui permet de les qualifier, de les regrouper, de modifier les qualités antérieures... L'enfant accède à la catégorisation qui permet de définir le réel et de le classer.

**6) Stade de la puberté et de l'adolescence (à partir de 11 ans) :** c'est une période centripète (l'affectivité est de nouveau dominante), qui réalise l'achèvement de la personne. La personnalité devient polyvalente

et autonome et intègre toutes les composantes (affective, cognitive, sociale).

### *Les stades du développement de l'intelligence de Piaget*

Pour Piaget, le développement de l'intelligence se confond avec celui des structures cognitives, dont la forme la plus achevée est comparable à celles décrites par les mathématiciens et les logiciens. Chaque stade correspond à l'élaboration d'une structure d'actions puis d'opérations ; les stades « traduisent la contrainte imposée au développement par la structuration logico-mathématique des acquisitions cognitives qui se succèdent. Cette contrainte se manifeste tant au niveau synchronique (toutes les acquisitions au cours d'un stade donné relèvent d'une même *forme* ou *structure*), qu'au niveau diachronique (la *forme* d'une étape s'intègre nécessairement dans celle de l'étape suivante) » (Bideaud, Houdé, Pedinielli, 1993). Piaget distingue quatre stades :

**1) Stade sensori-moteur (0 à 2 ans) :** qui est caractérisé par la capacité de résoudre des problèmes pratiques en utilisant des actions sensori-motrices, avant l'apparition du langage. Cette période se décompose en six sous-stades : a) période de l'exercice réflexe (0 à 1 mois), le réflexe est une première réponse de l'individu à une stimulation de son milieu, il a une valeur adaptative, par exemple, l'enfant maîtrise de mieux en mieux le réflexe de succion en devenant capable de retrouver le mamelon lorsqu'il l'a lâché ; b) période des premières habitudes (1 à 4 mois), avec les réactions circulaires primaires qui correspondent à la reproduction active d'une action fortuite qui a suscité un intérêt, par exemple, porter des objets à sa bouche ; c) période des adaptations sensori-motrices intentionnelles (4 à 9 mois), avec les réactions circulaires secondaires, marquées par l'apparition de l'intentionnalité dans les conduites de préhension notamment, l'enfant saisit ce qu'il voit et le manipule ; d) période de coordination des schèmes secondaires et leur application aux situations nouvelles (9 à 12 mois), la conduite n'est plus dirigée par le hasard, mais par un but posé au préalable auquel l'enfant attache certains moyens ; e) période des réactions circulaires tertiaires et la découverte des moyens nouveaux par expérimentation active (12 à 18 mois), l'enfant ne cherche plus à reproduire un simple résultat intéressant, mais à faire varier le résultat au cours des répétitions, l'objet devenant indépendant de la vision que l'enfant en a ;

enfin, f) période de l'invention des moyens nouveaux par combinaison mentale (18 mois à 2 ans), les représentations mentales apparaissent, l'enfant, confronté à un problème pratique, tâtonne quelques instants, s'arrête, puis découvre brusquement la solution. Cette période originaire s'étend des réflexes néonataux à leur combinaison volontaire permettant de découvrir des objets nouveaux et de les utiliser. A la fin de ce stade se réalise le passage de l'intelligence sensori-motrice à l'intelligence représentative. Les inventions se feront directement au niveau mental par recombinaison des schèmes déjà constitués.

**2) Stade pré-opérateur (2 à 7-8 ans) :** qui est caractérisée par l'accession progressive à « l'intelligence représentative » (chaque objet est représenté par une image mentale qui permet de l'évoquer en son absence). La genèse de la fonction symbolique repose sur l'imitation (différée), le langage, le jeu symbolique, le dessin, l'image mentale. Dans le jeu l'enfant reproduit les situations qui l'ont frappé, intéressé, inquiété. Le jeu est accompagné par le langage, qui permet l'intériorisation progressive. Cette période se caractérise par l'égo-centrisme logique (syncrétisme et transduction) et l'égo-centrisme ontologique (réalisme, animisme, artificialisme). Vers la fin du stade apparaît une décentration qui signe le déclin de l'égo-centrisme.

**3) Stade des opérations concrètes (7-8 ans à 11-12 ans) :** qui est caractérisé par l'accès à l'opérativité (l'opération est une action intériorisée, réversible). La période est nommée « concrète », parce que les opérations portent sur des objets matériels, réels, manipulables (par les actes ou par la pensée). Les opérations sont de deux ordres : logico-mathématiques (classifications, sériations, accès au nombre) et infralogiques (qui portent sur des quantités continues – non fragmentées – d'espace, de temps et sont à l'origine de la mesure). L'acquisition du schème de la conservation (conservation de la substance ou de la matière vers 7-8 ans, des poids vers 9-10 ans, des volumes vers 11-12 ans) se place à cette période.

**4) Stade de la pensée opératoire formelle (12 à 15 ans) :** ce stade voit l'apparition du raisonnement, déductions à partir d'hypothèses et de propositions énoncées verbalement. Il existe deux étapes successives dans l'avènement de la pensée opératoire formelle : la combinatoire et la combinaison des deux réversibilités (groupe INRC). La combinatoire est le résultat de la généralisation des opérations de classification et de sériation de la période opératoire concrète. Maintenant les objets

peuvent être réduits à des symboles plus faciles à manipuler par la pensée. Il existe deux combinatoires : celle portant sur des objets et celle portant sur des propositions. La combinatoire des objets permet, par exemple, de découvrir dans une série le nombre d'arrangements possibles, puis de vérifier l'hypothèse et de trouver la loi qui exprime la solution. La logique des propositions permet des combinaisons de jugements ou de propositions au lieu d'objets en utilisant des opérations logiques comme l'implication (employée dans les syllogismes), la non-implication, la négation, la conjonction, la disjonction, l'équivalence, ou l'exclusion, ... Le groupe INRC (ou groupe des deux réversibilités, que sont la négation et la réciproque), permet de combiner les propositions inverses (négation) et les réciproques. Le groupe INRC associe dans une seule structure quatre propositions : I comme identique (transformation nulle), N comme négation, R comme réciproque, C comme corrélative (inverse de la réciproque ou réciproque de l'inverse). Bien qu'on ait pu reprocher à Piaget de ramener l'intelligence aux opérations logico-mathématiques et de considérer la pensée formelle comme universelle, ses descriptions et analyses des raisonnements de l'enfant sont d'une rare pertinence, y compris dans l'étude de la pathologie (débilité, troubles cognitifs, ...).

## **Dysfonctionnements, handicaps, psychopathologie infantile et développement psychologique de l'enfant**

### *Définitions : quelques points de terminologie*

Le terme de *dysfonctionnement* est hybride, de dys-, élément du grec *dus* « difficulté, mauvais état » et fonctionnement, fonction. Il s'agit d'un trouble dans le fonctionnement. Le terme est employé pour désigner toutes sortes de dysfonctionnements : cognitifs et intellectuels (troubles du langage et du raisonnement, retard ou déficience intellectuelle) ; physiques et/ou psychologiques (troubles du comportement alimentaire, conduites névrotiques et phobies, psychoses infantiles – autisme infantile, crises affectives, épilepsie). Le terme de *handicap* est défini ainsi par l'OMS en 1980 (INSERM, 1985) : « est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son

autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ». Cette question est intéressante car elle pose d'emblée la question du normal et du pathologique au centre de toute démarche en psychopathologie (infantile ou adulte). La pathologie ne peut se comprendre que par rapport au développement (à la croissance) de chaque enfant influencé par des facteurs neurobiologiques, psychoaffectifs et sociaux. Des retards, des fixations, des tensions, des conflits, liés au développement, posent le problème de ce qui est normal et de ce qui ne l'est pas. L'appréciation clinique globale du normal et du pathologique chez l'enfant est compliquée du fait de la variabilité, du changement, du mouvement de progression et de régression du côté de l'enfant, mais aussi des difficultés à reconnaître les phénomènes pathologiques du côté des parents. Avant de poser une hypothèse diagnostique sur l'enfant, il faudra tenir compte de l'évolution des conduites et des symptômes, de leur modification ou de leur stagnation dans le temps (Bénony, 1998). Trois dimensions entrent en jeu dans la définition du handicap : 1) une dimension organique, la *déficience*, c'est-à-dire « la perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente toute perturbation, congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte de façon durable la croissance, le développement, le fonctionnement du sujet » (INSERM, 1985) ; 2) une dimension fonctionnelle, l'*incapacité*, c'est-à-dire « la réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité donnée de la façon ou dans les conditions considérées comme normales, pour un être humain ». <sup>[24]</sup> Elle peut être permanente ou temporaire, réversible ou non, progressive, stable ou régressive et se caractérise par des modifications du comportement et des autres fonctions normalement attendues (ibidem) ; 3) une dimension sociale, le *handicap*, c'est-à-dire le désavantage « qui, pour un individu donné, résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) » (ibidem). Le handicap va donc se comprendre comme l'écart entre la réalité du fonctionnement d'un individu (déficit) et les représentations que le milieu a élaborées à son égard (Guidetti, Tourette, 1999).

## *Les handicaps moteurs, sensoriels, mentaux de l'enfant*

Les *handicaps moteurs* sont de deux ordres (Guidetti, Tourette, 1999) : 1) les *handicaps moteurs d'origine cérébrale* – IMOC ou IMC. Il s'agit d'entraves partielles ou totales à la réalisation du mouvement volontaire et/ou du maintien des postures. Ces limitations résultent d'une lésion cérébrale survenue avant, pendant ou peu de temps avant la naissance. Les principaux troubles sont : les troubles gestuels (troubles de l'exécution des gestes et moteurs – difficulté de freinage, de contrôle ou parasitage du mouvement par des contractions involontaires, athétose, altération du maintien, de la marche –, les faiblesses ou raideurs musculaires (spasticité), les paralysies (diplégie, hémiplégie, tétraplégie). Du fait des lésions cérébrales précoces et selon leur étendue et leur localisation, c'est aussi le fonctionnement intellectuel, mais de façon non systématique, qui peut être affecté chez l'enfant IMC. Les crises d'épilepsie, avec perte de connaissance concernent entre 20 et 60 % des IMC. Plus le niveau intellectuel est faible, plus les crises se répètent et sont difficiles à prévenir avec un traitement. Les troubles du langage concernent essentiellement la parole : soit l'enfant ne parle pas, soit il parle mal. On note également des troubles de l'articulation et du rythme de la parole (bégaiement). Les enfants IMC seraient atteints de déficits auditifs (hypoacousie, surdités de perception – Hélias, 1990), de déficits visuels (strabisme, amblyopie unilatérale, nystagmus – D'Heilly, 1990) et de troubles de la sensibilité en particulier chez les hémiplegiques. Aucun trait de personnalité propre à l'enfant IMC n'a été relevé dans la littérature (Tabary, 1981), ce qui peut être relié à la nature congénitale du handicap. Certaines caractéristiques comme l'anxiété, l'hyperémotivité, ont cependant été mises en évidence.

2) les *handicaps moteurs d'origine non cérébrale*. On distingue : - les *handicaps moteurs temporaires* : a) survenant par accidents (fractures, traumatismes crâniens, luxations, ...) pouvant entraîner la mort de l'enfant ; b) d'origine non traumatique (handicaps concernant la colonne vertébrale – *problèmes orthopédiques* ; la hanche – *ostéochondrite de la hanche, luxation de la hanche* ; le pied – *pied bot*) ; - les *handicaps moteurs définitifs* (amputations acquises et congénitales, paraplégie – *spina bifida*, polyomyélite) ; - les *handicaps moteurs évolutifs* (dystrophies musculaires progressives et congénitales ; myopathies congénitales ; myotonies ; paralysies périodiques ; myosites ; myopathies

métaboliques ; myasthénie ; amyotrophies spinales de type I à IV ; neuropathies sensitivomotrices héréditaires).

Les *handicaps sensoriels* concernent les *déficiences auditives* (insuffisances de l'acuité auditive, – surdités (de transmission, de perception) et *visuelles* (déficiences de l'acuité visuelle, – amblyopie ; déficiences du champ visuel, – cataractes, glaucomes, dégénérescences rétiniennes, fibroplastie rétrolentale, rétinoblastome, chorioretinite toxoplasmique, traumatismes oculaires ; autres déficiences visuelles, – myopie, strabisme, nystagmus, déficience de la vision des couleurs, de la vision nocturne, sensibilité à la lumière, – photophobie).

L'intégration scolaire et professionnelle des enfants atteints de handicaps moteurs dépend du degré et de la nature de l'atteinte. Du fait de l'atteinte motrice, les efforts éducatifs ont tendance à être concentrés sur le plan intellectuel quand le fonctionnement intellectuel est préservé. La prise en charge est individualisée et tient compte des aptitudes et des déficits spécifiques de l'enfant (niveau intellectuel, gravité de l'atteinte motrice, qualité de l'équipement sensoriel et du langage, nature et importance des troubles associés) pour l'orienter vers des activités où il ne sera pas systématiquement en échec et où il ne trouvera pas trop de frustrations. La prise en charge doit viser l'accès à la communication, quelle qu'elle soit, à la socialisation et à l'autonomie dans la vie quotidienne. L'intégration scolaire pose des problèmes matériels dus à l'aide à apporter dans les déplacements (transport ou ramassage scolaire adapté) ainsi qu'aux aides techniques (cannes, fauteuils roulants) nécessaires. Les interventions chirurgicales nombreuses, accompagnées d'hospitalisations, ainsi que la multiplicité des soignants intervenant auprès de l'enfant sont à l'origine de l'absentéisme scolaire. Tout ceci limite donc forcément l'intégration des enfants IMC dans le milieu scolaire ordinaire.

Les *handicaps mentaux* seront abordés en développant deux exemples de handicap mental chez l'enfant : *la trisomie 21* et *l'autisme infantile*.

La *trisomie 21* (Céleste, 1997 ; Cuilleret, 1984, 1992 ; Guidetti, Tourette, 1999 ; Lambert, Rondal, 1979) est la plus fréquente des aberrations chromosomiques à l'origine du retard mental. Un déficient mental sur cinq est un trisomique 21. Les facteurs étiologiques qui déterminent la trisomie sont variés (facteurs intrinsèques – héréditaires et liés à l'âge maternel ; facteurs extrinsèques, – radiations (pour des raisons professionnelles, d'habitat, accidentelles, lors d'exams

médicaux), – effets génétiques des virus, – agents chimiques mutagènes, – certaines déficiences en vitamines, – divers facteurs immunobiologiques). L'anomalie chromosomique est responsable de déficience intellectuelle, de déficit du fonctionnement cognitif (attention, mémoire, perception) ; de troubles du langage et troubles articulatoires (problèmes spécifiques relatifs à la parole, à la production des sons et du discours, la voix est grave, monotone, parfois gutturale) ; de problèmes majeurs de santé (infections dans les systèmes respiratoires, avec des pathologies ORL fréquentes ; troubles digestifs à l'origine de gastro-entérites ; troubles cardiaques ; troubles de la régulation de la glycémie ; crises d'épilepsie ; problèmes dermatologiques ; déficiences auditives dues à des séquelles d'otites ou à une malformation congénitale de l'oreille ; déficiences visuelles, – myopie, strabisme, cataractes) ; de troubles du développement psychomoteur (hypotonie, retard dans l'apparition de la marche acquise généralement vers 2/3 ans).

Des caractéristiques physiques particulières (apparence physique, dite autrefois « mongolienne » : tête plus petite que la normale, arrière de la tête moins proéminent, fontanelles relativement larges, nez petit et aplati, yeux légèrement bridés, petite bouche, cou court, petites mains avec des doigts courts comportant un seul pli palmaire. Il y a retard de croissance physique marqué après 4 ans : enfants petits, trapus en raison de la taille relativement réduite des membres par rapport au tronc, obésité légère, allure générale relâchée en raison de l'hypotonie, retard du développement sexuel de l'adolescent qui peut demeurer incomplet), permettent d'identifier facilement les enfants trisomiques et représentent un avantage sur le plan éducatif, en permettant la mise en place d'une intervention éducative précoce (Lambert, 1986 ; Rondal, Séron, 1982 ; Rondal, 1985, 1993) concernant : 1) le développement du langage (avec une aide orthophonique portant sur les secteurs déficitaires) ; 2) le développement psychomoteur ; 3) l'alimentation (diététique). Le suivi médical comportant des bilans sur le plan ophtalmologique et visuel est également nécessaire jusqu'à l'adolescence.

L'*autisme infantile* (Danis *et al.*, 1998b ; Guidetti, Tourette, 1999) est le plus incapacitant des troubles envahissants du développement. Dans l'état actuel des connaissances, on ignore les mécanismes et les causes exacts qui conduisent à l'autisme. Il n'existe pas de paramètre biologique indiscutable, ni de critère clinique pathognomonique. Les principaux symptômes liés au syndrome de l'autisme infantile sont : a)

le retrait social : l'enfant autiste passe beaucoup de temps seul, isolé. Pour lui, les personnes environnantes semblent ne pas exister. Il est attaché à l'environnement inanimé. Il montre un intérêt démesuré pour des objets (ficelles, bouts de laine, clés, ...). Il a également des difficultés à comprendre des réponses non verbales accompagnant le discours de l'interlocuteur. Il est incapable de partager un événement, son intérêt avec autrui, incapable de s'orienter vers une direction indiquée ; b) les troubles du langage : le parler et le langage sont absents (retards liés à la décontextualisation) ou s'ils existent, ils sont parasités. Les aspects du langage qui concernent l'adaptation à l'interlocuteur sont perturbés. L'enfant autiste ne peut pas tenir compte des stimulations et des représentations fournies par les attitudes d'autrui. Il parle sans regarder ou écoute sans prendre à son tour la parole. Il n'utilise pas de façon adéquate les pronoms personnels et répète en écho ce qu'il entend (écholalie). L'humour est peu compris ; c) les troubles du développement cognitif : retard mental important, troubles du traitement de l'information et de la régulation, troubles du transfert intermodal (transfert d'informations d'une modalité sensorielle à une autre) et la préférence pour certaines modalités sensorielles (toucher, odorat). Un autisme sévère peut se manifester par des comportements agressifs et violents et par des actes de mutilation répétitifs, compulsifs, des stéréotypies servent généralement à réguler les angoisses ou l'ennui. La prise en charge de l'enfant autiste est fonction des différentes conceptions de l'autisme. Pour certains auteurs, comme Le Corvec (1990), il faut mettre l'accent sur une approche éducative (intégration de l'enfant autiste dans des écoles ordinaires – Schopler, Reichler, Lansing, 1988 ; Schopler, Rogé, 1998) et une approche thérapeutique (placement en hôpital de jour, pour associer une approche éducative à une psychothérapie d'inspiration psychanalytique – Gaetner, 1990), approches à envisager de façon complémentaire et simultanée (Beaugerie-Perrot, Lelord, 1991). Une intégration scolaire adéquate peut être profitable au développement psychologique de certains enfants autistes. Elle doit se faire en concertation étroite entre les parents, l'école et les médecins qui pourront évaluer les troubles et leur évolution.

## Conclusion

Le développement de l'enfant, normal et pathologique, a donné lieu à d'innombrables observations, à l'élaboration de très nombreux modèles et à la mise en place de protocoles expérimentaux tout aussi abondants. Ce thème général de recherche garde, encore aujourd'hui, une très grande dynamique, dont les applications cliniques, de prévention et thérapeutiques, jouent un rôle essentiel pour l'avenir de l'humanité, dont les enfants sont porteurs.

## Références

1. Abraham K. (1924). *Œuvres complètes*. Tome 2. Paris, Payot, 1965.
2. Beaugerie-Perrot, A, Lelord, G. (1991), *Intégration scolaire et autisme*. Paris, Presses Universitaires de France.
3. Bénony H. (1998), *Le développement de l'enfant et ses psychopathologies*. Paris, Nathan Université.
4. Bideaud J, Houdé O, Pedinielli J.L. (1993), *L'homme en développement*. Paris, Presses Universitaires de France.
5. Bowlby J. (1978), *Attachement et perte. La séparation, angoisse et colère*. Volume 2. Paris, Presses Universitaires de France, Collection Le fil rouge.
6. Bruner J. S. (1983), Nature et usages de l'immaturation. In *Le développement de l'enfant. Savoir faire, savoir dire*. Paris, Presses Universitaires de France, 37-86.
7. Cartron A, Winnykamen F. (1999), *Les relations sociales chez l'enfant. Genèse, développement, fonctions*. Paris, Armand Colin.
8. Céleste B, Lauras B. (1997). *Le jeune enfant porteur de trisomie 21*. Paris, Nathan.
9. Cuilleret M. (1984), *Les trisomiques sont parmi nous*. Villeurbanne, Simep.
10. Cuilleret, M. (1992), *Trisomie 21 : aides et conseils*. Paris, Masson.
11. Danis A., Déret D., Jamet F., Lammel A., Netchine S., Rousseau, F., Santolini, A., Tijus, C.A., Weil-Barais, A. (1998a), *Enfants, adolescents : approches psychologiques. Les fondements*. Tome 1. Paris, Bréal.
12. Danis, A., Déret, D., Jamet, F., Lammel, A., Netchine, S., Rousseau, F., Santolini A., Tijus C.A., Weil-Barais A. (1998b), *Enfants,*

*adolescents : approches psychologiques. Les âges de la vie. Tome 2.* Paris, Bréal.

13. D'Heilly N. (1990), Oculomotricité et troubles perceptifs visuels. In *Les difficultés perceptives de l'enfant IMC et né prématuré*. Paris, Actes du colloque AFP Formation, 73-88.
14. Freud A. (1936), *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris, Presses Universitaires de France, 1952.
15. Freud S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Idées/Gallimard, 1971.
16. Gaetner P. (1990), *Un hôpital de jour pour les enfants psychotiques et autistes*. Paris, Païdos/Le Centurion.
17. Guidetti M., Tourette C. (1999), *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. Paris, Armand Colin.
18. Hélias J. (1990), La perception auditive de l'enfant IMC. In *Les difficultés perceptives de l'enfant IMC et né prématuré*. Paris, Actes du colloque AFP Formation, 153-164.
19. Houser M. (1986), L'aspect génétique. In J. Bergeret (ed.), *Psychologie pathologique*. Paris, Masson, 5-42.
20. INSERM (1985), *Réduire les handicaps*. Paris, La documentation française.
21. Lambert J.L., Rondal J.A. (1979), *Le Mongolisme*. Bruxelles, Mardaga.
22. Lambert J.L. (1986), *Handicap mental et société*. Fribourg, Delval.
23. Le Corvec E. (1990), Les enfants présentant des troubles autistiques et l'école. *Cahiers de Beaumont*, 3, 48-49.
24. Myers D.G. (1997), Développement de l'enfant. In D.G. Myers (ed.), *Psychologie*. Paris, Médecine Sciences Flammarion, 77-115.
25. Piaget J., Inhelder B. (1966), *La psychologie de l'enfant*. Paris, Presses Universitaires de France, Collection « Que sais-je ? ».
26. Rondal J.A., Séron X. (1982), *Troubles du langage : diagnostic et rééducation*. Bruxelles, Mardaga.
27. Rondal J.A. (1985), *Langage et communication chez les handicapés mentaux*. Bruxelles, Mardaga.
28. Rondal J.A., Humblet D. (1992), Production en Bliss chez l'infirmes moteur cérébral. *Enfance*, 1-2, 35-50.
29. Rondal J.A. (1993), La modularité du langage : aperçu théorique, données et implications. *Rééducation orthoph.*, 31 (173), 61-77.

30. Schopler E., Reichler R.J., Lansing M. (1988), *Stratégies éducatives de l'autisme*. Paris, Masson.
31. Schopler E., Rogé B. (1998), Approches éducatives de l'autisme : le programme TEACCH – sa transposition en France. *Psychologie Française*, 43(2), 209-216.
32. Spitz L. (1958), *La première année de la vie de l'enfant*. Paris, Presses Universitaires de France.
33. Tabary C. (1981), Psychologie de l'IMC. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 29(11-12), 601-611.
34. Turrette C., Guidetti M. (1994), *Introduction à la psychologie du développement. Du bébé à l'adolescent*. Paris, Armand Colin.
35. Wallon H. (1934), *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
36. Wallon H. (1945), *De l'acte à la pensée*. Paris, Flammarion, 1970.
37. Wallon H. (1965), L'enfant et l'adulte. In *L'évolution psychologique de l'enfant*. Paris, Armand Colin, 9-15.
38. Winnicott, D.W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot.
39. Winnicott D.W. (1975), *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard.
40. Zazzo R. (1983), Pré-textes. In *Où en est la psychologie de l'enfant ?* Paris, Denoël, 5-28.

**Recherche réalisée sans intérêts partagés.**