



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 251

La prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'hôpital Ibn Nafis

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13/07/2018

PAR

Melle NAHID MAHIR

Née le 13/06/1991 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Consultation psychologique - troubles psychologiques -tests psychologiques-
psychothérapie

JURY

Mme. I.AIT SAB

Professeur de pédiatrie B.

PRESIDENT

Mme. F.ASRI

Professeur de Psychiatrie.

RAPPORTEUR

Mr M.BOURROUS

Professeur de pédiatrie A.

Mme. I.ADALI

Professeur agrégée de Psychiatrie.

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إنّي تبت إليك وإني من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

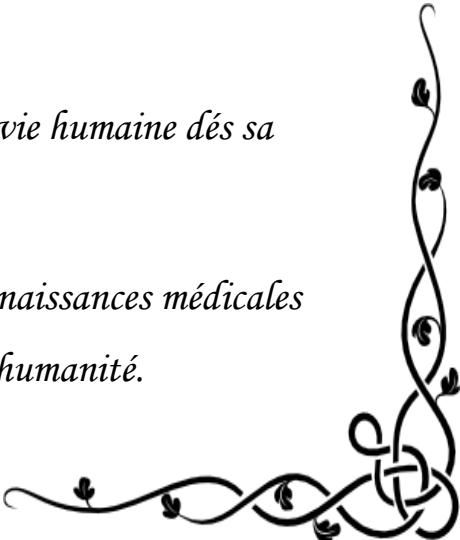
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.





Liste des Professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie –Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique

BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- reanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique

ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie

BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	TAZI Mohamed Ilias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie -orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique

BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo- phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-Vasculaire



Dédicaces



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 

الله

*Louange à Dieu tout puissant,
Qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*



A ma grande mère Zahra Bezari

Aucune dédicace ne pourra traduire mon amour et ma gratitude pour tous tes doux sentiments que tu m'as offerts, tes prières ont été pour moi une source de réussite. Que dieu te bénisse et te protège

A ma raison de vivre, à mes parents Lalla Jamila Rachid, et sidi Mohamed Mahir

Tout ce que je suis maintenant, tout ce que je serai, toutes mes réussites, je vous les dois, sans vos efforts, vos sacrifices et vos prières, sans votre affection et tendresse je ne serais point là. Aucune dédicace ne saura exprimer ma reconnaissance et mon amour éternel envers vous. Vous serez toujours mon idole, je vous remercie, de tout mon cœur, pour votre bonté, votre patience et votre dévouement, non seulement pour vos enfants mais pour tout le monde. Je vous aime infiniment

A ma chère sœur Maïssaa

Tu es ma sœur mon amie éternelle. Pour toutes les merveilleuses années passées à tes côtés. Miracle j'y ai survécu ! J'ai hâte de te voir médecin aussi, je suis très fière de toi

A mon petit frère Taha

C'est vrai tu' es trop gâté, mais sans doute tu mérites parce que tu as un cœur en or, merci pour toute l'ambiance que tu nous crées ; sans toi la vie sera ennuyeuse.



A mes chers oncles

Fouad Rachid et Abdelatif Rachid vous êtes des pères éternels, je vous dédie cette thèse, en témoignage de l'amour que je vous porte. Je vous remercie pour vos soutiens et vos encouragements.

A mes chères tantes

Je vous dédie ce travail avec tout mon amour. Veuillez y trouver l'expression de ma gratitude, mon estime et mon respect. Que Dieu tout puissant vous protège de tout malheur et vous procure santé et longue vie afin qu'on partage encore des moments heureux. Surtout ma tante Saloua Pour toutes ces années où tu m'as soutenue, sans faille. Pour ton amour, ta présence, ton écoute ! Tu es l'épaule sur laquelle je m'appuie, tu m'es si chère... Merci pour tout, je t'aime.

A mes chères cousines

Abir Rachid, Narjiss Boufada, Assia Boufada, les petites Lina Samia et Issrae.

Je n'oublierai en aucun moment nos temps ensemble notre petite enfance pleine de joie de bonheur et de bêtises ; je vous dédie ce travail avec tout mon amour et je prie Dieu de vous protéger vous et vos petites familles surtout le petit Sulaiman, Jad et la petite Aya. Puisse Dieu préserver notre famille dans l'union et la solidarité.



A mes chers amis

Souad Oubaha, samia Madih, Samira Lachhab, Assmae Mequdach, Sara Maaroufi, Sara Mitanni, Meriem Termidi, zineb Maflah, Amin Mahmoud. Mouhamed ourkia.

J'offre en guise de reconnaissance, ce travail à vous mes amis, pour votre générosité infinie, vos encouragements et votre soutien. Merci pour votre patience, vous étiez toujours à mes cotés, le guide dans l'obscurité .Nulle dédicace ne pourra exprimer mes sentiments et mon profond attachement à vous

A toute l'équipe du service de psychiatrie et particulièrement :

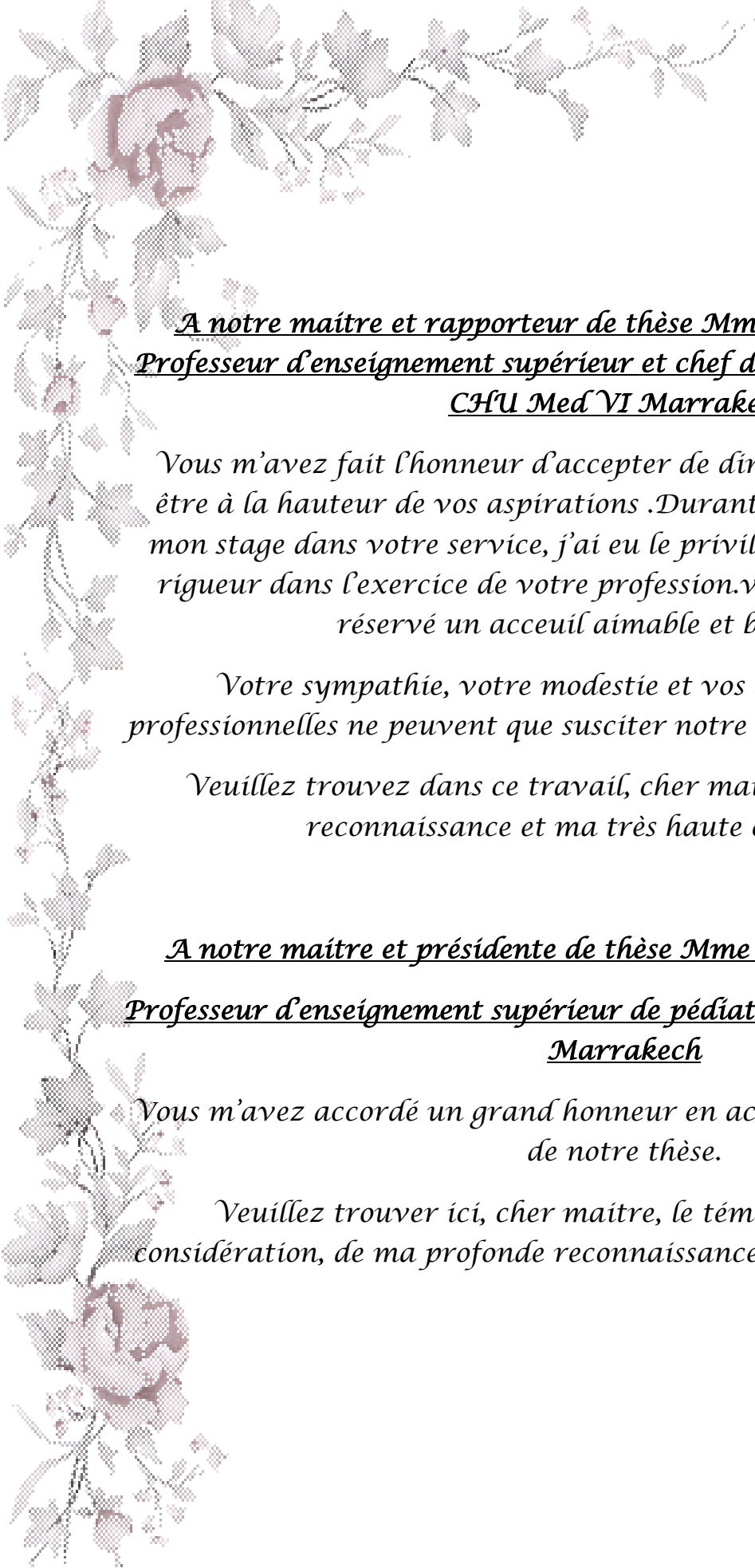
Au Docteur Fz.el yazidi, au Docteur Kh. Amraouza, au Docteur S.Bahadi, aux infirmiers et à monsieur Fatah sans oublié les secrétaires Hasna et lamia.

Je vous exprime toute mon admiration, j'ai énormément appris avec vous l'entente et la bonne ambiance. J'ai été agréablement surprise par votre générosité et votre sérieux et votre dévouement pour vos patients .Puisse dieu vous protège



Remerciements





*A notre maître et rapporteur de thèse Mme le professeur F. ASRI :
Professeur d'enseignement supérieur et chef de service de psychiatrie de
CHU Med VI Marrakech*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail, et j'espère être à la hauteur de vos aspirations .Durant ma formation et durant mon stage dans votre service, j'ai eu le privilège de bénéficier de votre rigueur dans l'exercice de votre profession.vous m'avez à chaque fois réservé un accueil aimable et bienveillant.

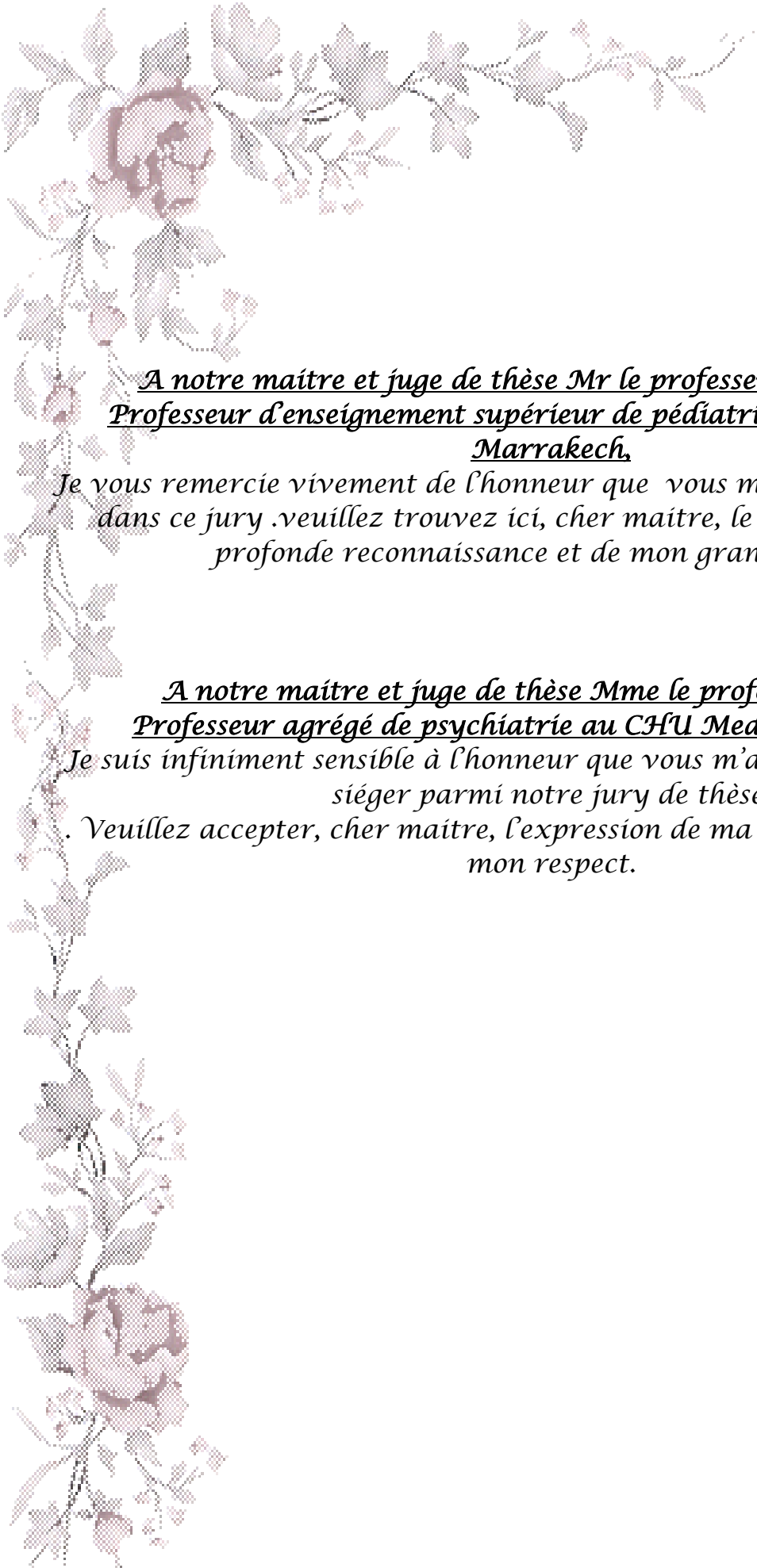
Votre sympathie, votre modestie et vos qualités humaines et professionnelles ne peuvent que susciter notre estime et notre admiration

Veillez trouvez dans ce travail, cher maître, l'expression de ma reconnaissance et ma très haute considération.

*A notre maître et présidente de thèse Mme le professeur I. Ait Saab
Professeur d'enseignement supérieur de pédiatrie B au CHU mère enfant
Marrakech*

Vous m'avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Veillez trouver ici, cher maître, le témoignage de ma haute considération, de ma profonde reconnaissance et de mon sincère respect.



*A notre maître et juge de thèse Mr le professeur M.Bourrous.
Professeur d'enseignement supérieur de pédiatrie A CHU Med VI
Marrakech,*

Je vous remercie vivement de l'honneur que vous m'avez fait en siégeant dans ce jury .veuillez trouvez ici, cher maître, le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.

*A notre maître et juge de thèse Mme le professeur I.Adali
Professeur agrégé de psychiatrie au CHU Med VI Marrakech,*

*Je suis infiniment sensible à l'honneur que vous m'avez fait acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.
. Veuillez accepter, cher maître, l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.*

A notre maître Docteur Sabbani
Docteur en épidémiologie et recherche clinique CHU med VI

Je suis impressionnée par vos qualités humaines et professionnelles .je vous remercie du grand honneur que vous nous faite en acceptant de calculer nos résultats.

A docteur Khadija amrouaza
Pédopsychiatre au CHU Med VI

Je vous exprime toute ma gratitude pour votre précieuse aide dans l'élaboration de ce travail. Veuillez acceptez l'expression de tout mon respect.

A hanae benbouadi
Psychologue au sein de l'unité de pédopsychiatrie au CHU Med VI,

J'ai bénéficié au cours de mon travail de votre encadrement précieux .Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence .Vous me faite l'honneur de m'encadrer .Soyez assurée de mon grand respect.

A jakline el Faiz

Psychologue au sein de l'unité de pédopsychiatrie au CHU Med VI,
Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans vos dossiers bien soignés et riches d'informations qui furent très précieuses. Trouver dans ce travail, l'expression de notre profonde reconnaissance.Je tiens à vous remercier chaleureusement.Que dieu vous accorde santé et beaucoup de bonheur et vous protège vous et vos enfants.

Remarquable et fabuleux personnel médical et paramédical du service de
psychiatrie du CHU ibn nafs Marrakech

Je vous remercie vivement de l'accueil chaleureux, et de l'aide précieuse que vous m'avez réservée à chaque fois.



Liste des Abréviations



LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAT	: Test d'Aperception pour Enfants
CFTEMA	: classification francophone des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.
CIM	: classification internationale des maladies.
Clis	: classe pour l'inclusion scolaire.
CnIFEM	: équipe mobile de crise intrafamiliale.
CU	: callous-unemotional (calleuse-sans émotion).
DSM	: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
DI	: Daring-impulsive (audacieuse-impulsive).
EDEI-R	: Échelles Différentielles d'Effcience Intellectuelle – Forme Révisée.
FTT-R	: Le Test des contes de fées – Révisé.
GM	: Grandiose-manipulative.
HIN	: Hôpital Ibn nafs.
IMC	: infirmité motrice cérébrale.
QIT	: quotient intellectuel.
NEMI	: nouvelle échelle métrique de l'intelligence.
RAMED	: régime d'assistance médicale.
RPM	: retard psychomoteur.
T.A.T	: Thematic Apperception Test.
TCC	: thérapies cognitivo-comportementales.

TCR : Le Test des Contes.

TDHA : trouble de l'attention et ou l'hyperactivité.

TOC : trouble obsessionnel-compulsif.

TSA : trouble du spectre autistique.

WISC : échelle d'intelligence de Wechsler pour enfant et adolescent.

WNV : Wechsler non verbal.

WPPSI-IV : Échelle d'Intelligence de Wechsler pour enfants – 4ème édition



Plan



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET METHODES	4
I. Patients	5
1. Choix de la Population étudiée	5
2. critères d'inclusion	5
3. critères d'exclusion	5
II. Méthodes	6
1. Type de l'étude	6
2. Recueil des données	6
3. Déroulement de l'étude	6
III. Traitements statistiques	7
IV. Considérations éthiques	7
RESULTATS	8
A. Etude descriptive mono-variée	9
I. Données épidémiologiques et sociodémographiques	9
1. Age	9
2. Sexe	9
3. Mode de résidence	10
4. niveau socioéconomique des parents	10
5. Scolarité des parents	11
6. Activité professionnelle des parents	11
7. Statut matrimonial des parents	12
II. Motifs de consultation	13
III. Antécédents familiaux et personnels de l'enfant	14
1. Antécédents familiaux	14
2. Violence et maltraitance de l'enfant	14
3. Déroulement de La petite enfance	14
4. Antécédents personnels de l'enfant	15
IV. Données cliniques	16
1. Première consultation psychologique de l'enfant	16
2. Trouble de comportements de l'enfant	17
3. Troubles des conduites instinctuelles	18
V. Tests et examens demandés	21
1. Test psychologiques	21
2. Bilans et examens demandés	21
VI. Troubles psychologiques les plus fréquents	22
VII. Prise en charge	23
1. Prise en charge psychothérapeutique	23
2. Rééducations préconisées	23

3. Autres mesures de prise en charge	24
VIII. Evolution et surveillance du patient	25
A. Analyse bi variée avec description des sous groupes	26
I. Caractéristiques du trouble de conduite	26
II. Caractéristiques du déficit de l'attention et l'hyperactivité	28
III. Caractéristiques du trouble de langage et apprentissage	29
IV. Caractéristiques de difficulté scolaire et ou relationnelle	31
V. Caractéristiques des troubles anxieux	33
VI. Rapport entre les troubles psychologiques observés et la maltraitance des enfants	34
VII. Tests psychologiques utilisés selon le trouble	35
DISCUSSION	36
I. Généralité	37
A. Définition et historique de la psychologie générale	37
1. Définition :	37
2. Historique de la psychologie générale	37
B. Définition et historique de la psychologie médicale	38
1. Définition	38
2. Historique de la psychologie médicale	39
C. Les approches psychologiques	40
1. Théories psychanalytique :	40
2. Théories cognitivistes ou cognitivo-constructivistes	43
3. Théories de l'apprentissage et du béhaviorisme	44
4. Théories d'attachement	46
5. Théories familiale/systemique	47
6. Autres théories	48
D. la psychologie clinique infantile	49
E. Rôle du psychologue clinicien	50
F. Les différents outils et tests utilisés	51
1. Tests cognitifs :	51
2. Tests projectifs :	54
3. Dessin :	56
G. Le rôle des autres intervenants	57
1. Le pédopsychiatre	57
2. L'orthophoniste	58
3. psychomotricien	58
4. Auxiliaire de vie scolaire	59
5. Réseau Multidisciplinaire	59
6. Classe d'inclusion scolaire	59
7. Centre national Mohammed VI des handicapés	60

II. Discussion de nos résultats à l'abri de la littérature	61
1. Profil épidémiologique et sociodémographique	61
2. Motif de consultations	63
3. Antécédents	64
4. Profil clinique de la population	66
5. Tests psychologiques	67
6. Description de certains troubles psychologiques	68
7. Psychothérapie infantile	79
CONCLUSION	83
RESUMES	85
ANNEXES	89
BIBLIOGRAPHIE	99



Introduction



La psychologie de l'enfant et de l'adolescent est une discipline particulière qui vise à étudier les processus de la pensée et le comportement de l'enfant, ainsi que son développement psychologique et ses problèmes éventuels. Elle prend aussi compte de son environnement. [5]

L'examen psychologique est conçu comme un moment privilège de rencontre entre l'enfant/adolescent et un spécialiste du développement de l'enfant, de la psychopathologie et des tests. Il se déroule en trois étapes: entretien préalable avec les parents et l'enfant, composition et déroulement de l'examen et entretien de feedback. [6]

La pratique de l'examen psychologique se base sur des connaissances diverses, qui concernent :

- En premiers lieu **les modèles d'appréhension du psychisme** de l'enfant dans ses aspects normaux et pathologiques. Dans la pratique clinique Ces modèles sont essentiellement la théorie piagétienne et psychanalytique.

Cette dernière constitue pour les psychologues cliniciens une référence essentielle pour comprendre l'enfant par rapport à son niveau de développement psychosocial et affectif, pour évaluer la manière dont il négocie les principaux conflits liés aux étapes du développement psychoaffectif et pour approcher son registre de défense. [1]

- En deuxième lieu **les tests psychologiques** : L'apport de ces tests donne à l'ensemble du bilan une cohérence importante et permet une évaluation solide du diagnostic psychologique.

En effet le bilan psychologique permet d'estimer les forces et les faiblesses de l'enfant et de cerner ses difficultés avec l'entourage pour enclencher un processus thérapeutique bien adapté.

Cette conception du bilan est une pratique qui demande une grande rigueur épistémologique et repose sur une formation théorico-clinique approfondie. Elle offre aux psychologues cliniciens des outils de recherche spécifiques permettant d'aborder les champs de la clinique et de la psychopathologie

Dans ce cadre nous avons mené notre étude dans l'unité de psychologie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital Ibn nafis, qui comportait deux psychologues :

- **Mme Jakline El Faiz** :

Qui était en fonction de psychologue clinicien de l'enfant et de l'adolescent au niveau de l'unité de psychologie de l'enfant et adolescent depuis 1986.

- **Melle Hanae benbouadi**:

Qui est aussi psychologue clinicienne à l'unité de psychologie de l'enfant et adolescent depuis 2014

Les deux psychologues étaient formées en France.

L'objectif de notre travail est :

1. De décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population consultante dans l'unité de psychologie de l'enfant et de l'adolescent.
2. De connaître les différents troubles psychologiques pris en charge.
3. De connaître la démarche établie et les tests utilisés pour porter un diagnostic psychologique et les modalités de prise en charge.



Patients et Méthodes



I. patients :

1. Choix de la Population étudiée :

Dans la présente étude, 300 dossiers d'enfants et d'adolescents, qui se sont présentés à l'unité de consultation de psychologie à l'hôpital Ibn nafis, étaient sélectionnés.

Ainsi, pour avoir un large panel, on a sélectionné les dossiers en fonction de 3 groupes d'âge :

- la moyenne enfance [3-6ans] ;
- la grande enfance [7-12] ;
- la préadolescence et l'adolescence [13-17ans].

Ces dossiers sont ceux des enfants et des adolescents qui se sont présentés durant une période de 4ans entre janvier 2013 et décembre 2016 ,pour des motifs variés et chez qui les troubles psychologiques étaient établis à travers plusieurs entrevues, échelles, bilans multiples, et étaient pris en charge de façon multidisciplinaire.

2. Critères d'inclusion :

- Tout dossier d'enfant ou adolescent âgés entre 3ans et 17 ans ;
- Tout dossier comportant des renseignements cliniques suffisants pour son exploitation.

3. Critères d'exclusion :

- Tout dossier des patients dont l'âge est supérieur à 17 ans et/ou inférieur à 3 ans ;
- Tout dossier incomplet.

II. Méthodes :

1. Type de l'étude :

C'est une étude non expérimentale portée sur l'observation : il s'agit d'une étude transversale et rétrospective à visée descriptive.

2. Recueil des données :

Des données ont été recueillies à partir des dossiers établis pour la consultation psychologique de l'enfant et de l'adolescent à l'aide d'une fiche d'exploitation qui comporte des renseignements sur :

- Le profil clinique et sociodémographique des enfants et des adolescents;
- le motif de consultation;
- le déroulement de la grossesse et de l'accouchement;
- les antécédents personnels et familiaux ;
- le bilan psychologique demandé ;
- les diagnostics psychologiques soulevés ;
- les modalités de prise en charge ;

3. Déroulement de l'étude :

L'étude a porté sur les dossiers de la psychologie des enfants et des adolescents qui se sont présentés à la consultation de psychologie durant une période de 4 ans s'étalant de 2013 jusqu'à 2016.

III. Traitements statistiques :

Les résultats ont été saisis et calculés à l'aide du logiciel SPSS, et au service de la recherche clinique et épidémiologique CHU Med VI.

Puisque la distribution des variables respecte le critère de normalité, qui est une distribution Gaussienne, et vu que l'étude est descriptive on a effectué :

- ***Dans un premier temps une analyse mono-variée :***

Afin de déduire les pourcentages comme variables qualitatives, qui reflètent le déroulement de la consultation psychologique à savoir des éléments sociodémographiques, les motifs et les bilans réalisés avec la démarche thérapeutique. L'échantillon dans ce premier temps est de 300 dossiers

- ***Dans un deuxième temps des analyses de corrélation bi-variée :***

Pour vérifier non seulement la comparabilité des différents chapitres des bordereaux de recueils, mais aussi les caractéristiques de certains troubles psychologique (ex : trouble de comportement, troubles anxieux, difficulté scolaire et ou relationnelle, et trouble de langage et apprentissage). L'échantillon dans ce deuxième temps est dépend de l'effectif de chaque troubles étudiés.

(La corrélation de Person p n'est significative que si inférieur à 0,05)

IV. Considérations éthiques :

Après l'accord du chef du service de psychiatrie de l'hôpital Ibn Nafis, toutes les données ont été recueillies de façon confidentielle et anonyme.



Resultats



A. Etude descriptive mono-variée

I. Données épidémiologiques et sociodémographiques :

1. Age :

Nous avons noté une prédominance de la tranche d'âge de 7-12 ans. (n=170)

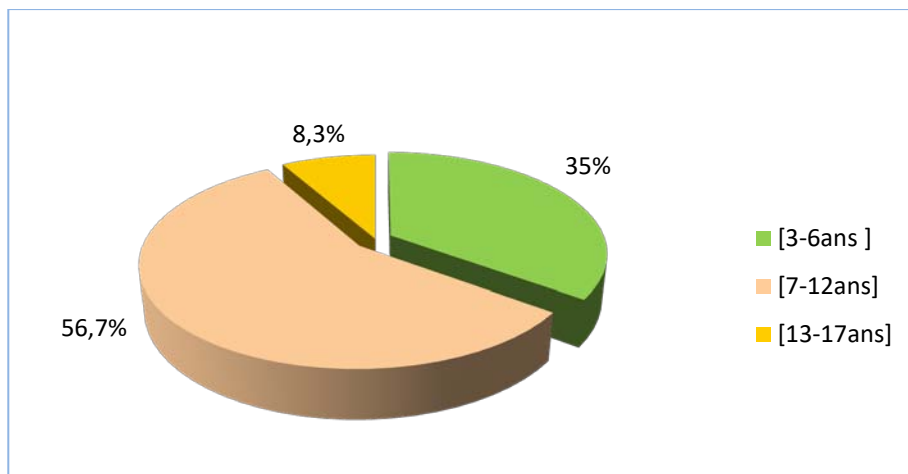


Figure 1: Tranches d'âge des enfants et des adolescents (N=300)

2. Sexe :

Parmi les 300 patients de l'étude nous avons remarqué une surreprésentation masculine de 61,7% (185 cas).

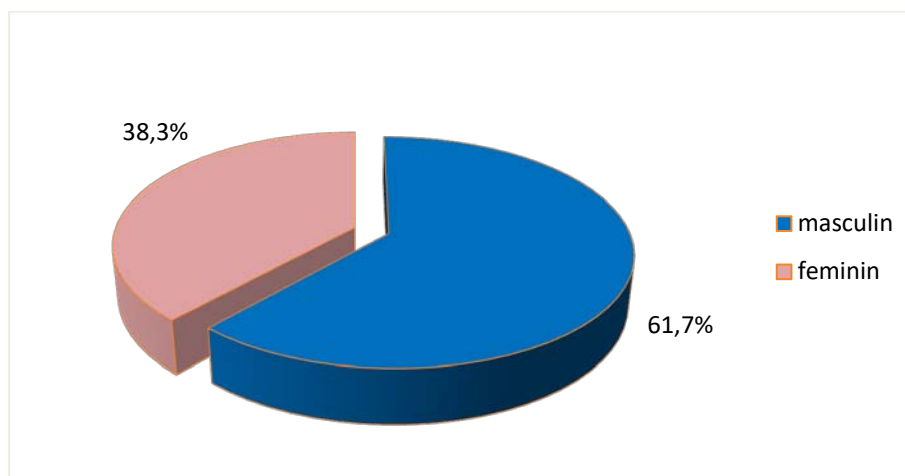


Figure 2: répartition du sexe de l'échantillon (N=300)

3. Mode de résidence :

75,7% (n=227) des enfants et des adolescents étaient d'origine urbaine

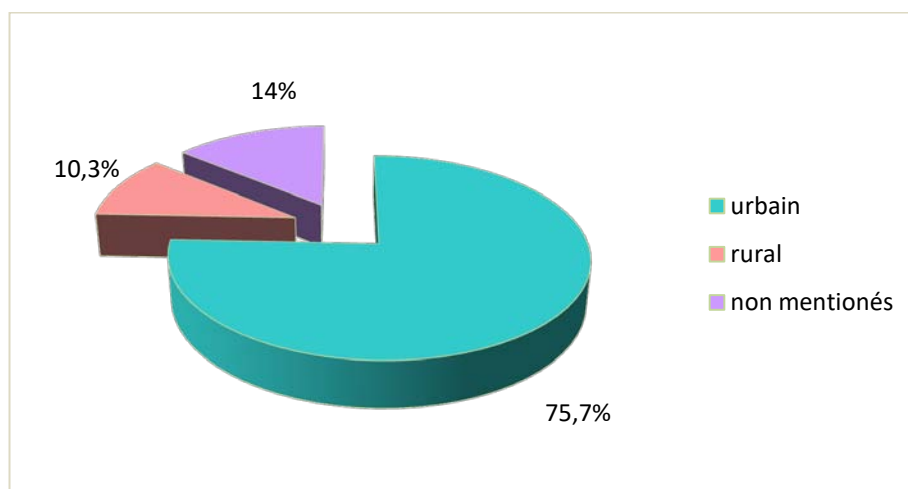


Figure 3:répartition des enfants selon l'origine géographique (N=300)

4. niveau socioéconomique des parents :

Le pourcentage des patients issus d'un niveau socio-économique moyen est de 46,4% (n=137), il est presque proche de celui des patients issus du niveau socio-économique bas 47,5%(n=140).

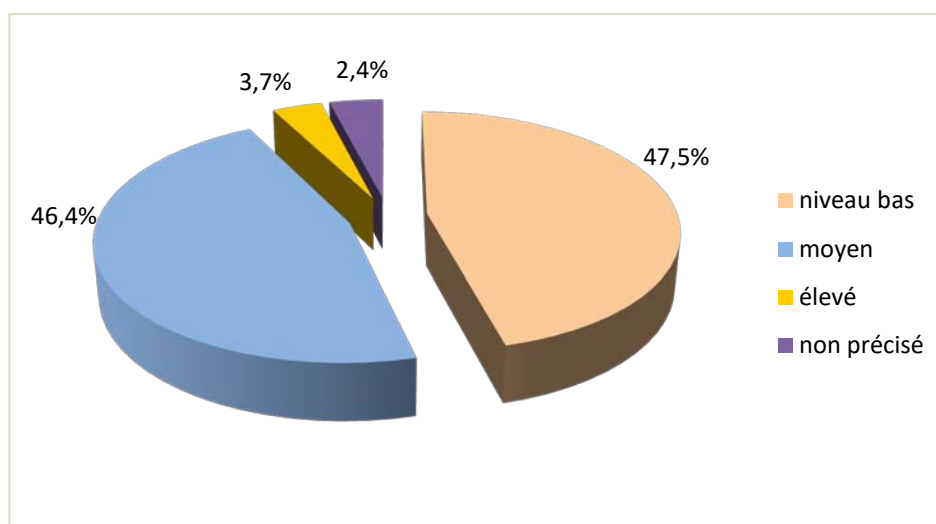


Figure 4: niveau socio-économique (N=300)

5. Scolarité des parents :

55,7% des pères étaient scolarisés (n=167) [figure 5] et 50,7%(n=152) des mères l'étaient également [figure 6].

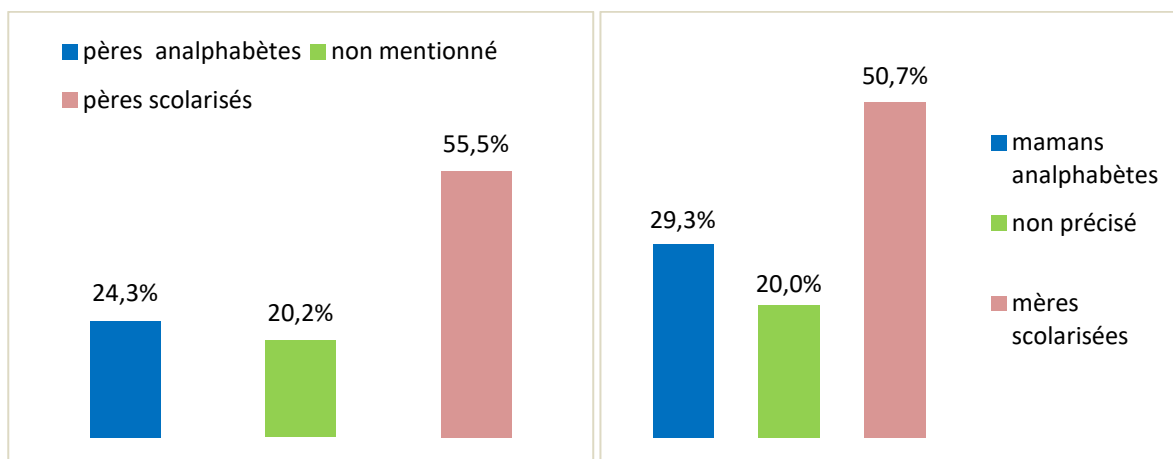


Figure 5 : scolarité des pères (N=300)

Figure 6 : scolarité des mères (N=300)

6. Activité professionnelle des parents

79,3%(n=237) des pères avaient une profession. En revanche le pourcentage des mères au foyer était de 57,3%(n=173).

Tableau I : activité professionnelle des parents N=300

activité professionnelle	du père		De la mère	
	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre
En activité	79,3%	237	25%	75
Sans travail /au foyer	2%	6	57,7%	173
retraité	1,3%	4	-	-
Non précisé	17,7%	53	17,3%	52

7. Statut matrimonial des parents :

78%(n=234) des enfants vivaient avec les deux parents.

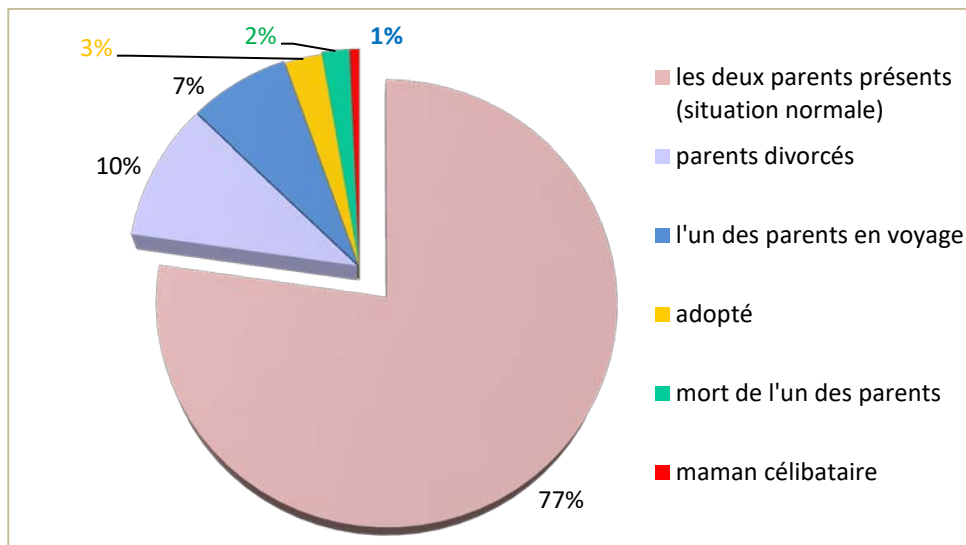


Figure 7: situation familiale des parents de l'enfant (N=300)

II. Motifs de consultation :

Plusieurs motifs de consultations ont été observés : en premier lieu refus et l'échec scolaire dans 31,3%(n=94), les troubles de comportement dans 24,7%(n=74), suivi du retard avec trouble de langage dans 21,3%(n=64)

Tableau II motifs de consultations (N=300)

Motifs de consultations	%	n
Refus et échec scolaires	31,3%	94
Troubles de comportement (agitation, isolement, bizarrerie)	24,7%	74
Retard et troubles de langage	21,3%	64
Anxiété	5,3%	16
Manifestations organiques (énurésie, encoprésie, vomissement, pelade, géophagie, vitiligo)	5%	15
Surdité bilatérale (avis psychologique avant implant cochléaire)	6%	18
Déficit de l'attention	5%	15
Infirmitt Motrice Cérébrale (pour bilan psychologique et orientation pédagogique)	3,7%	11
Troubles de l'humeur	2,7%	8
Trisomie 21 (pour orientation pédagogique)	1,7%	5
Retard Psychomoteur	1,3%	4
Retard mental	1,0%	3
Jeux sexuels et masturbation	1%	3

III. Antécédents familiaux et personnels de l'enfant:

1. Antécédents familiaux

- les conflits conjugaux concernaient 11,3% (n=34) des cas.
- la dépression concernaient 8%(n=24) des cas et les troubles anxieux 4,7%(n=14) des cas.

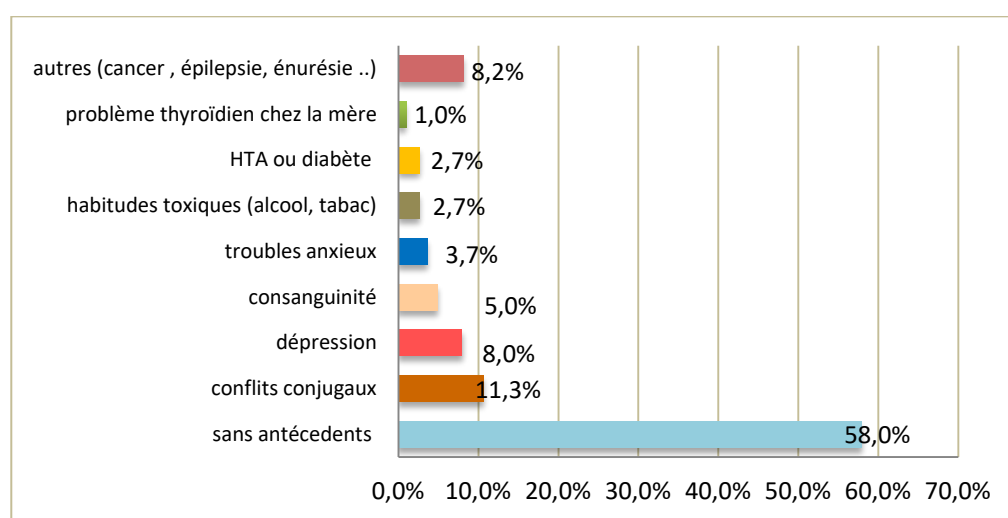


Figure 8 : antécédents chez les parents (N=300)

2. Violence et maltraitance de l'enfant:

8,7%(n=26) des enfants étaient victimes de violence et maltraitance de la part des parents ou bien des enseignants ils sont répartis selon les âges suivants:

- ❖ entre 3et 6ans : taux de 1,3%(n=4) ;
- ❖ entre 7et 12ans : taux de 6,7%(n=20) ;
- ❖ entre 13et 17 ans : taux de 0,7%(n=2).

3. Déroulement de La petite enfance :

Les accouchements étaient à terme dans 89,7% (n=269) [figure9] et 93,3% (n=280) des grossesses étaient normales [figure10].

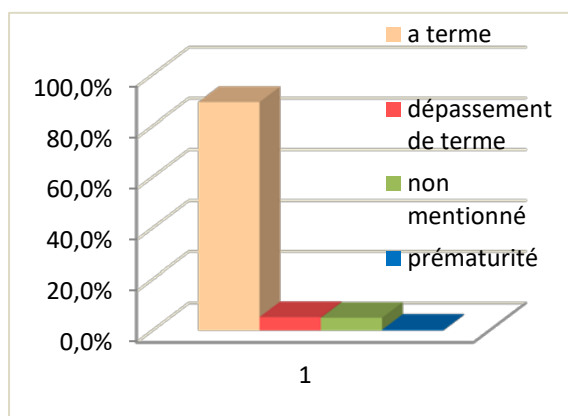


Figure 9 : déroulement de l'accouchement (N=300)

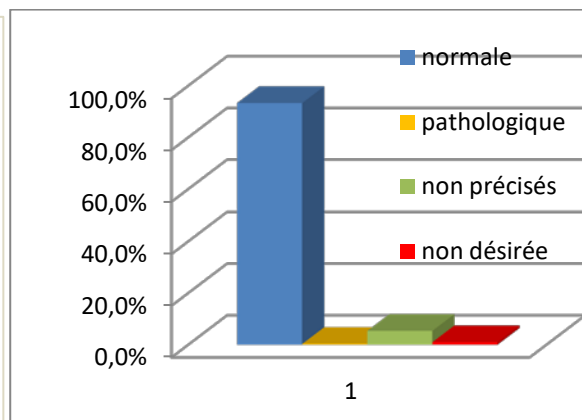


Figure 10 : déroulement de la grossesse (N=300)

4. Antécédents personnels de l'enfant :

47,7% des enfants n'avaient aucuns antécédents pathologiques, 23% des enfants présentaient un retard de développement psychomoteur, 9,3% des enfants avaient des convulsions, et seulement 5% avaient une souffrance néonatale.

Tableau III antécédents personnels de l'enfant (N=300)

Les antécédents	%	N
Sans antécédents	47,7%	143
Retard de croissance et développement	23%	69
Convulsion	9,3%	28
Souffrance néonatale	5%	15
Hypotrophie à la naissance	3%	9
Hospitalisation en pédiatrie pour méningite ou infection	2,7%	8
Ayant subis un acte opératoire	1,3%	4
Hospitalisation en néonatalogie pour ictère néonatal	0,7%	2
Autres	7,3%	22

IV. Données cliniques

1. Première consultation psychologique de l'enfant :

Le premier contact s'effectuait généralement avec l'enfant en compagnie de sa maman dans 67,7% des cas (n=203).

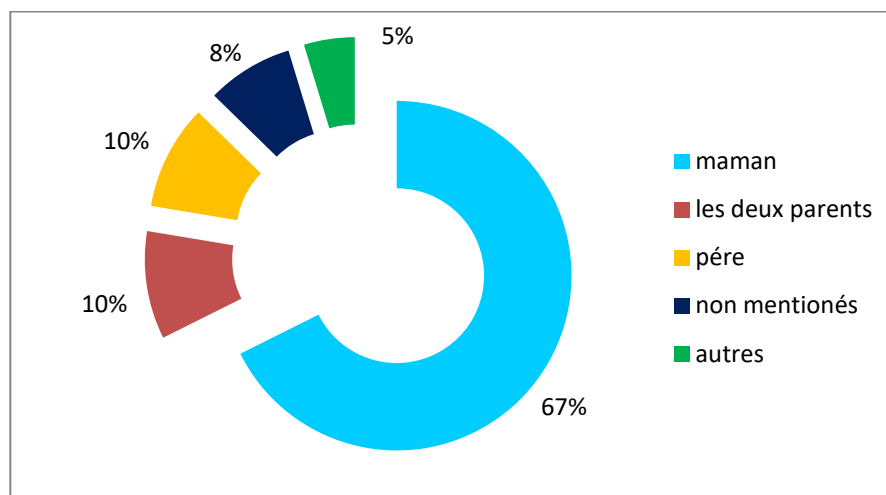


Figure 11 : accompagnateur de l'enfant (N=300)

La découverte du trouble chez l'enfant se faisait par la famille dans 19% (n=57) des cas, par le médecin généraliste dans 17,3% (n=52), et par un pédiatre dans 15,7% (n=47).

Tableau IV : demande de consultation parvenue de (N=300):

Adressé par	N	%
Famille	57	19%
Médecin généraliste	52	17,3%
Pédiatre	47	15,7%
ORL	27	9%
Ecole	28	9,3%
Pédopsychiatre	15	5%
Autres spécialités	40	13,3%
Non mentionné	34	11,6%

2. Trouble de comportements de l'enfant :

2.1 Comportement de l'enfant au sein de la famille :

Le comportement de l'enfant variait de l'état normal dans 23,3% des cas (n=70) à l'agressivité dans 33,3% des cas (n=100).

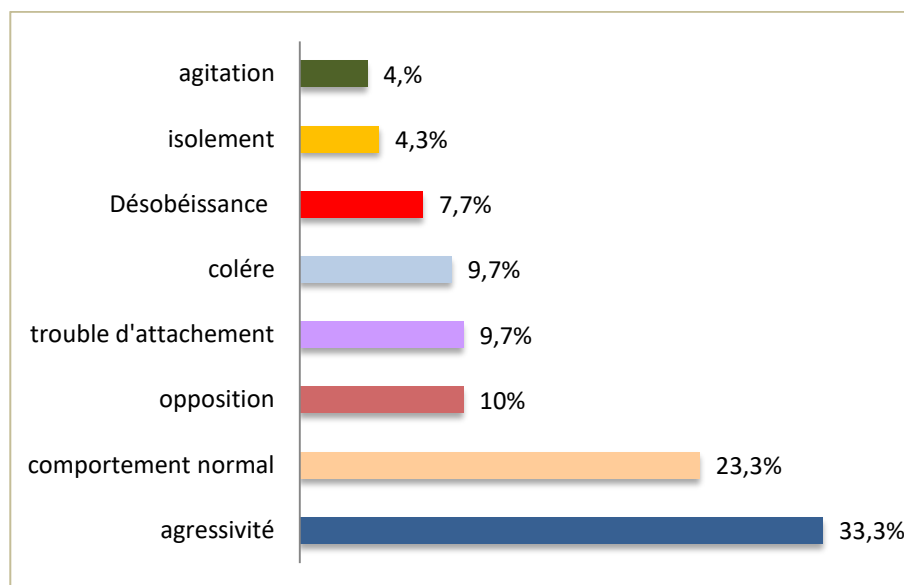


Figure 12 : comportement de l'enfant au sein de la famille (N=300)

2.2 Comportement de l'enfant à l'école :

Le comportement de l'enfant à l'école était normale dans 32% des cas (n=96).

Chez 26,7%(n=80) des cas il y avait une instabilité psychomotrice

Tableau V: comportement de l'enfant à l'école (N=300)

Comportement de l'enfant a l'école	%	N
Joue normalement avec les pairs	32%	96
Instabilité psychomotrice	26,7%	80
Violence contre les amis	6,3%	19
Joue seul	9,7%	29
Oublie des objets à l'école	9,6%	29
N'aime pas l'école	6,6%	20
Ne joue pas	4%	12
Inhibition	2%	6
Vol des affaires	0,3%	1
Non mentionné	2,5%	8

3. Troubles des conduites instinctuelles :

15,3% des patients avaient un trouble de sommeil et 69,3% avaient une addiction aux écrans.

Tableau VI: troubles instinctuels (N=300)

	%	N
Trouble de sommeil :		
-Présence du trouble	15,3%	46
-Sans trouble	84,7%	254
Addiction aux écrans :		
-présence d'addiction	69,3%	208
-sans addiction	30,7%	92
Comportement alimentaire :		
-appétit conservé	88,3%	265
-anorexie	10%	30
-dénutrition	1,7%	5
Autonomie :		
-dépendant des autres	7,7%	23
-autonome	92,3%	277
Propriétés sphinctériennes :		
-non acquise	15,7%	47
-acquise	74,7%	224
-non mentionné	9,7%	29

Tableau VII:tableau récapitulatif des caractéristiques des patients N=300

Caractéristique des patients		Nombre	Pourcentage
Sexe	Fille	115	38,3%
	Garçon	185	61,7%
Age	3-6	105	35%
	7-12	170	56,7%
	13-17	25	8,3%
Situation familiale	Les deux parents présents	234	78%
	Enfants Adoptés	8	2,7%
	Parents Divorcés	29	9,7%
	Décès de l'un des parents	5	1,7%
	Mère célibataire	2	0,7%
	Parents en voyage	22	7,3%
Origine géographique	Urbain	227	75,7%
	Rural	31	10,3%
	Non mentionné	42	14%
Niveau socioéconomique	Faible	140	47,5%
	Moyen	137	46,4%
	Élevé	11	3,7%
	Non mentionnée	7	2,4%
Motif de consultation	Refus et échec scolaires	94	31,3%
	Troubles de comportement	74	24,7%
	Retard et troubles de langage	64	21,3%

La prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'hôpital ibn nafis

	Anxiété	16	5,3%
	Manifestation organique	15	5%
	Surdité bilatérale (avis psychologique avant implant cochléaire)	18	6%
	Déficit de l'attention	15	5%
	Infirmité Motrice Cérébrale	11	3,7%
	Troubles de l'humeur	8	2,7%
	Trisomie 21	5	1,7%
	Retard Psychomoteur	4	1,3%
	Retard mental	3	1,%
Accompagné par	Mère	203	67,7%
	Père	29	9,7%
	Autres	14	4,7%
	Les deux	30	10 %
	Non mentionnée	24	8%
Adressé par	Médecin généraliste	52	17,3%
	Ecole	28	9,7%
	Famille	57	19%
	Pédiatre /neuropédiatre	47	15,7%.
	Pédopsychiatre	15	5%
	Autres	40	13,3%

V. Tests et examens demandés

1. Tests psychologiques :

Le test le plus effectué était le dessin chez 67,3% (n=67,3%) des enfants.

Tableau VIII: tests psychologiques (N=300)

Tests	%	N
Epreuves cognitive-intellectuelles :		
-WISC III et IV	40%	120
-figure de Rey	29,7%	89
-NEMI-2	7,3%	22
-Reversal test	2,7%	8
Epreuves projectives :		
-T.A.T	5,7%	17
-RORCHACH	4%	12
Autres tests :	67,3%	202
-Dessin		

2. Bilans et examens demandés :

Le bilan orthophonique a été demandé chez 46,7% des enfants (n=140).

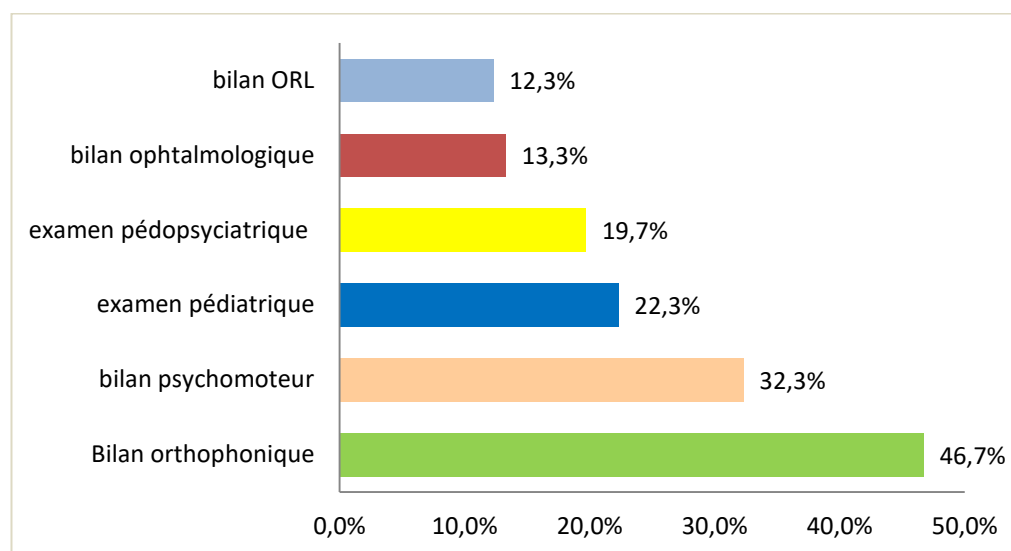


Figure 13: bilan et examens demandés (N=300)

VI. Troubles psychologiques les plus fréquents

Les troubles de comportements étaient observés chez 19,3%(n=58) des cas

Tableau IX : troubles psychologiques (N=300)

Troubles psychologiques évoqués	%	N
Troubles de comportements	19,3	58
Troubles de langage et d'apprentissages	15%	45
Difficultés scolaires et /ou relationnelles	14,3%	43
Troubles anxieux	13%	39
Déficit de l'attention et de l'hyperactivité	9,7%	29
Retard mental	8%	24
Retard d'acquisition globale	7,7%	23
TSA (trouble de la sphère autistique)	2,7%	8
Troubles Dépressifs et conduite suicidaire	2,3%	7
Enurésie isolé	2,3%	7
IMC isolé	2,3%	7
TOC	0,1%	1

VII. Prise en charge :

1. Prise en charge psychothérapeutique :

La thérapie de soutien représentait le pilier de la prise en charge dans 57,3% des cas (n=172).

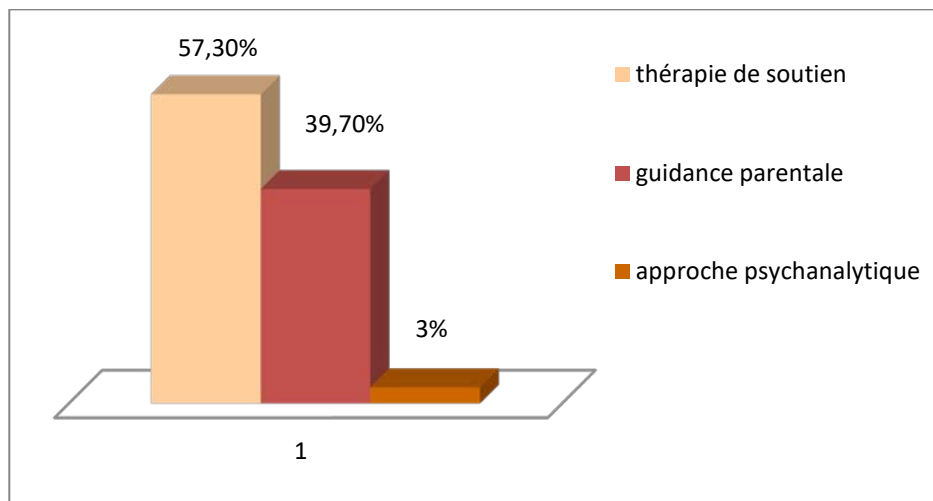


Figure 14 : les modalités psychothérapeutiques (N=300)

2. Rééducations préconisées :

La rééducation orthophonique était demandée chez 38,3%(n=115) et la rééducation psychomotrice chez 38,3% des cas (n=83).

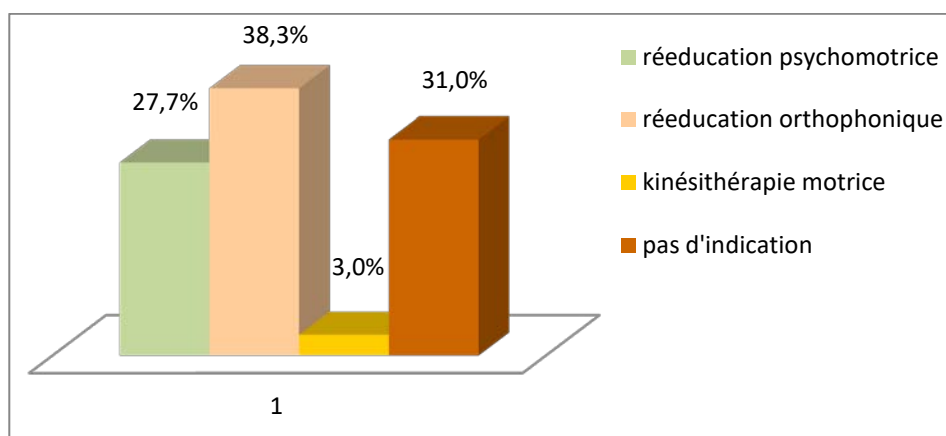


Figure 15 : rééducations (N=300)

3. Autres mesures de prise en charge :

Dans 19%(n=57) des cas il y avait une prise de contact avec l'école et 15% (n=45) des enfants étaient adressés vers des Clis (classe pour inclusion scolaire)

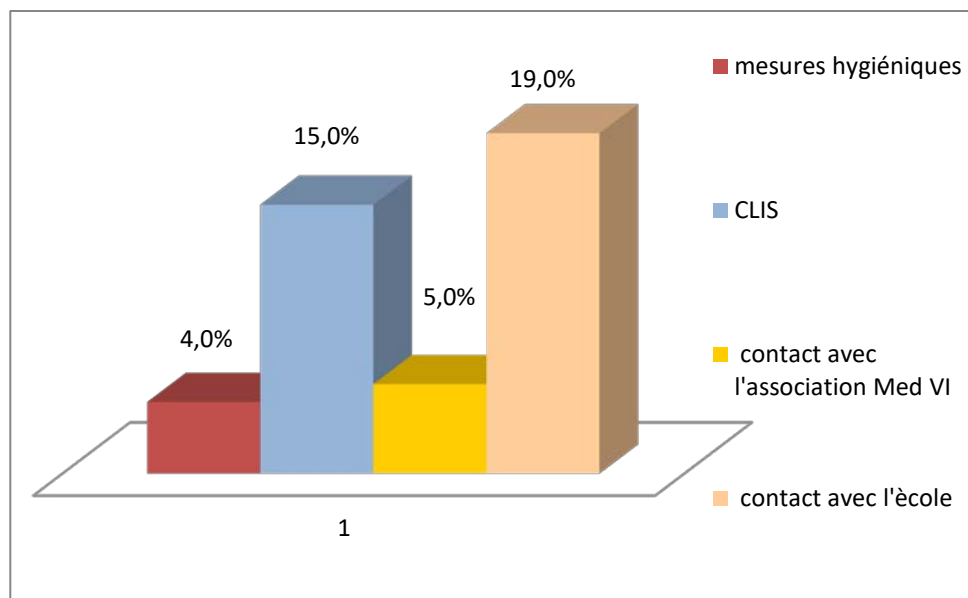


Figure 16:autres mesures de prise en charge (N=300)

VIII. Evolution et surveillance du patient :

La prise en charge psychologique des enfants et des adolescents et le suivi régulier ont montré une amélioration clinique des troubles chez 83,6% (n=251) des cas.

L'arrêt de la prise en charge en raison du refus des parents où pour une orientation vers un autre professionnel n'était observé que dans 3%(n=10) des cas .

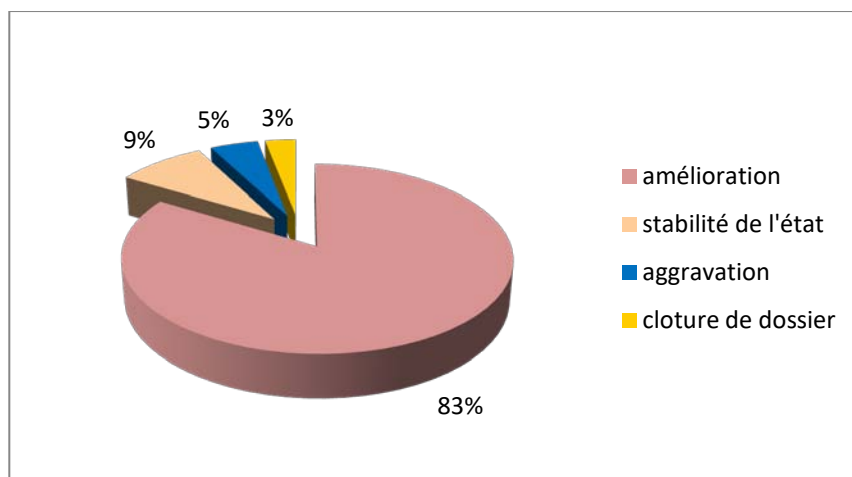


Figure 17 : évolution des patients (N=300)

94,3%(n=283) des patients venaient régulièrement à la consultation.

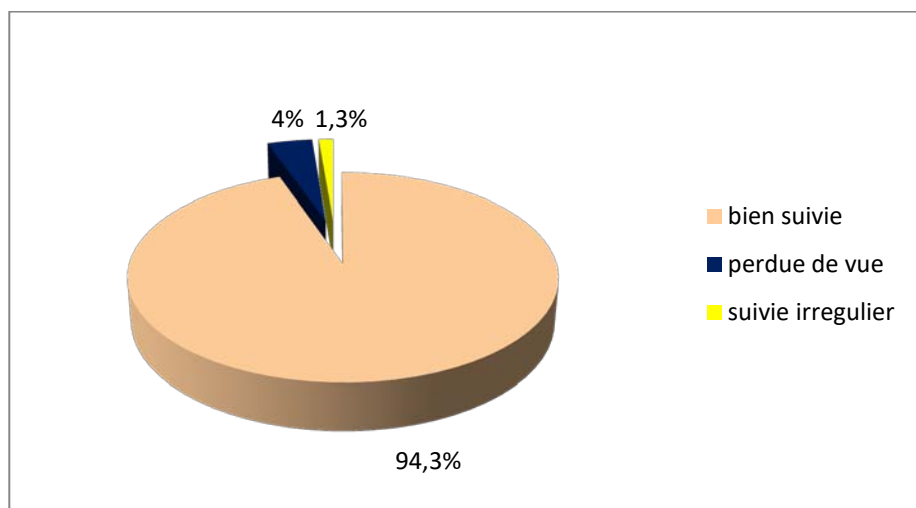


Figure 18 : suivi des patients (N=300)

B. Analyse bi variée avec description des sous groupes

I. Caractéristiques du trouble de conduite :

Le trouble de comportement était observé chez 8,7%(n=26) des enfants âgés entre 7et 12 ans, qui étaient issus d'un niveau socio-économique moyen dans 10,2%(n=30) des cas.

Il y avait une surexpression masculine dans 65,5% (n=38) des cas.

Tableau X: les caractéristiques du trouble de conduite

Troubles de conduite				
Les variables	Prévalence %	effectifs	échantillon	P de Pearson
Age :				
3-6ans	43,1%	25	n=58	-
7-12ans	44,8%	26		
13-17ans	12 ,1%	7		
Sexe :				
Masculin	65,5%	38	n=58	P=0,303
Féminin	34,5%	20		
Niveau socio-économique :				
Bas	48,3%	28		-
Moyen	51,7 %	30	n=58	
élevé	0	0		
Situation familiale :				
-les deux parents présents	75,9%	44		-
-Parents Divorcés	15,5%	9		-
-Enfant adopté	3,4%	2	n=58	-
-décès de l'un des parents	5,2%	3		
-notion de consanguinité	3,4%	2	n=58	P=0,419
Antécédents personnels de l'enfant :				
-souffrance néonatale	3,4%	2		P=0,419
-convulsion	3,4%	2		P=0,063
-retard de développement				

La prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'hôpital ibn nafis

-hospitalisation en pédiatrie pour méningite ou infection	6,9%	4	n=58	<u>P=0,000</u>
-hypotrophie à la naissance	3,4%	2		P=0,479
-autres	1,7%	1		
-sans antécédents	6,9%	4		P=0,554
Antécédents familiaux :			n=58	
-conflit parental	15,5%	9		P=0,185
-dépression	12,1%	7		P=0,157
-troubles anxieux	8,6%	5		P=0,111
-habitudes toxiques	3,4%	2		P=0,479
-HTA /diabètes	1,7%	1		P=0,551
-autres	10,3%	6		P=0,309
-sans antécédents	48,4%	28		-
Troubles instinctuels présents chez les enfants:				
-trouble de sommeil	22,4%	13	n=58	P=0,075
-addiction aux écrans	37,9%	22		P=0,120
-trouble de comportement alimentaire	13,8%	8		-
-absence d'autonomie	1,7%	1		<u>P=0,041</u>
Modalités thérapeutiques :				
-rééducation orthophonique	15,5%	9	n=58	<u>P=0,001</u>
-rééducation psychomotrice	17,2%	10		
-guidance parentale	58,6%	34		
-soutien psychologique	37,9%	22		
-approche psychanalytique	3,4%	2		
Evolution				
Evolution :				
Amélioration	82,8%	48	n=58	
Stabilisation	13,8%	8		
Aggravation	3,6%	2		

II. Caractéristiques du déficit de l'attention et l'hyperactivité :

Le déficit de l'attention et l'hyperactivité était fréquent chez l'enfant âgé de 7 à 12 ans (6,3%), de sexe masculin dans 75,9 % des cas

Tableau XI: caractéristiques du déficit de l'attention et hyperactivité

Déficit de l'attention et l'hyperactivité				
Les variables	Prévalence %	effectifs	échantillon	P de Pearson
Age :				
3-6ans	34,5%	10	n=29	P=0,524
7-12ans	65,5%	19		
Situation familiale :				
-les deux parents présents	86,2%	25	n=29	
-Parents Divorcés	6,9%	2		
-Enfant adopté	3,4%	1		
-décès de l'un des parents	3,4%	1		
Sexe :				
-masculin	75,9%	22	n=29	P=0,070
-Féminin	24,1%	7		
Modalités thérapeutiques :				
-approche psychanalytique	3,4%	1	N=29	P=0,605
-rééducation orthophonique	31%	9	N=29	P=0,261
-traitement médical prescrit par un pédopsychiatre	9,6%	2	N=29	P=0,364
-thérapie de soutien	48,3%	14	n=29	
-guidance parentale	48,3%	14	n=29	P=0,212

III. Caractéristiques du trouble de langage et apprentissage :

Il y avait une présence de corrélation significative entre le trouble de langage et l'addiction aux écrans et aux antécédents d'acte opératoire comme facteurs de risque (p inférieur à 0,05)

Tableau XII: caractéristiques troubles de langages

Trouble de langage et apprentissage				
Les variables	Prévalence %	effectifs	échantillon	P de Pearson
Age :				
3-6ans	33,3%	15	n=45	
7-12ans	64,4%	29		
13-17ans	2,2%	1		
Sexe :				
Masculin	68,9%	31	n=45	P=0,181
féminin	31,1%	14		
Niveau socio économique :				
Bas	53,3%	24	n=45	
Moyen	42,2%	19		
élevé	4,4%	2		
Situation familiale :				
-les deux parents présents	77,8%	35	n=45	
-Parents Divorcés	8,9%	4		
-Absence de l'un des parents	13,3%	6		
Scolarité du père :				
-analphabète	28,9%	13	n=45	P=0,256
-scolarisé	60%	27		
_ non mentionné sur le dossier	11,1%	5		
Scolarité de la mère :				
-analphabète	33,3%	15		P=0,498
-scolarisée	53,3%	24		
-non mentionné sur le dossier	13,3%	6		
Antécédents personnels de l'enfant :				
-souffrance néonatale	11,1%	5	n=45	P=0,057
-convulsion	15,6%	7		P=0,105
-retard de développement	22,2%	10		P=0,533
-hypotrophie à la naissance	2,2%	1		P=0,598
-ayant subit un acte opératoire	6,7%	3		P=0,011
-autres	11,1%	5		P=0,220
-sans antécédents	31,1%	14		-

La prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'hôpital ibn nafis

Antécédents familiaux :	13,3%	6	n=45	P=0,402
-conflit parental	2,2%	1		P=0,096
-dépression	2,2%	1		P=0,387
-troubles thyroïdiens	2,2%	1		P=0,804
-HTA /diabètes	80,1%	36		
-sans antécédents				
Troubles instinctuels chez l'enfant :				
-trouble de sommeil	6,7%	3		P=0,072
-addiction aux écrans	46,7%	21	n=45	P=0,011
Modalités thérapeutiques :				
-rééducation orthophonique	82,2%	37	n=45	
-guidance parentale	31,1%	14		P=0,134
-soutien psychologique	33,3%			
- approche psychanalytique	2,1%	1		
Evolution				
Evolution :				
Amélioration	84,4%	38		
Stabilisation	13,3%	6	n=45	
Aggravation	2,2%	1		

IV. Caractéristiques de difficulté scolaire et ou relationnelle :

Dans notre série ce trouble était manifestant chez l'enfant d'âge scolaire (76,7%), de sexe masculin 67,4% et de bas niveau socio-économique 67,4%

Tableau XIII: caractéristiques de difficulté scolaire et ou relationnelle

Les variables	Difficulté scolaire et ou relationnelle			
	%	n	N	P
Age :				
3-6ans	18,6%	8	43	
7-12ans	76,7%	33		
13-17ans	4,7%	2		
Sexe :				P=0,253
-Féminin	32,6%	14	43	
-masculin	67,4%	29		
Niveau socio-économique :				
Bas	55,8%	24	43	
Moyen	39,5%	17		
élevé	2,4%	1		
Non mentionné	2,4%	1		
Situation familiale :				
-Normale	74,4%	32	n=43	
-Parents Divorcés	14%	6		
-Adopté	2,3%	1		
-décès de l'un des parents	9,3%	4		
Scolarité des parents :				
La mère :			n=43	P= 0,738
-Analphabète	27,9%	12		
-scolarisée	55,8%	24		
-non mentionné	16,3	7		
le père :				
-Analphabète	30,2%	13	n=43	P=0,622
-scolarisé	51,2%	22		
-non mentionné	18,6%	8		
Antécédents personnels de l'enfant :				
-souffrance néonatale	2,3%	1	n=43	P=0,333
-convulsion	14%	6		P=0,196
-retard de développement	18,7%	8		P=0,303
-hypotrophie à la naissance	2,3%	1		P=0,602
-ayant subi un acte opératoire	4,7%	2		P=0,362
-autres (cancer, ...)	2%	6		P=0,492

La prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'hôpital ibn nafis

-sans antécédents	55,8%	19		
Antécédents familiaux :				
-conflit parental	16,3%	7	n=43	P=0,195
-dépression	9,3%	4		P=0,461
-troubles anxieux	4,7%	2		P=0,676
-habitudes toxiques	4,7%	2		P=0,322
-autres (cancer...)	9,3%	4		P=0,461
-HTA	2,3%	1		P=0,678
-sans antécédents	53,4%	23		
Troubles instinctuels :				
-addiction aux écrans	67,4%	29	n=43	P=0,966
Modalités thérapeutiques :				
-rééducation orthophonique	82,2%	37	n=43	P=0,134
-rééducation psychomotrice	25,5%	11		
-guidance parentale	39,5%	17		
-soutien psychologique	55,7%	24		
-approche psychanalytique	4,8%	2		

V. Caractéristiques des troubles anxieux :

51,3% des filles présentaient des troubles anxieux. Elles étaient entre 7-12ans (69,2%)

Tableau XIV: caractéristiques des troubles anxieux

les Troubles anxieux				
Les variables	prévalence%	effectifs	échantillon	P de Pearson
Age :				
3-6ans	25,6%	10	n=39	P=0,495
7-12ans	69,2%	27		
13-17ans	5,2%	2		
Sexe :				
Féminin	51,3%	20	n=39	
Masculin	48,7%	19		
Niveau socio-économique :				
Bas	28,9%	11	n=39	
Moyen	55,3%	21		
Élevé	15,8%	6		
Situation familiale :				
-deux parents présents	79,5%	31	n=39	
-Parents Divorcés	7,7%	3		
-Enfant adopté	2,6%	1		
-l'un des parents en voyages	7,7%	3		
-maman célibataire	2,6%	1		
Antécédents personnels de l'enfant :				
-retard de développement	7,7%	3	n=39	P=0,02
-hospitalisation en pédiatrie	2,6%	1		P=0,966
-ayant subi un acte opératoire	2,6%	1		P=0,429
-autres	5,1%	2		P=0,434
-sans antécédents	82%			
Antécédents parentaux :				
-conflit parental	17,9%	7	n=39	P=0,132
-dépression	15,4%	6		P=0,073
-troubles anxieux	5,1%	2		P=0,565
-Problème thyroïdien chez la mère	2,6%	1		P=0,432
-habitudes toxiques	5,1%	2		P=0,565
-HTA /diabète	7,7%	3		P=0,072
-autres	7,7%	3		P=0,019
-sans antécédents	38,5%	15		-

Troubles instinctuels présents chez les patients:				
-trouble de sommeil	28,2%	11	n=39	P=0,020 P=0,439 - P=0,018
-addiction au moyen de communication	71,8%	28		
-trouble de comportement alimentaire	17,9%	7		
-absence d'autonomie	17,9%	7		
Modalités thérapeutiques :				
-guidance parentale	51,3%	20	39	P=0,08
-approche psychanalytique	7,6%	3		
-soutien psychologique	41,1%	16		
-rééducation orthophonique	17,9%	7		
Evolution et surveillance :				
Evolution :				
Amélioration	79,5%	31	39	
Stabilisation	5,1%	2		
Aggravation	10,3%	4		
Clôture du dossier	5,1%	2		

VI. Rapport entre les troubles psychologiques observés et la maltraitance des enfants

Il y avait une corrélation significative entre difficulté scolaire et maltraitance comme facteur de risque chez l'enfant.

Tableau XV : Rapport entre les troubles observés et la maltraitance des enfants N=26

	Trouble de comportement		Trouble de langage		Trouble anxieux		Difficulté scolaire		Retard mental	
	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Présence ou non du trouble										
Prévalence	15,4%	84,6%	3,8%	96,2%	15,3%	84,6%	42,3%	57,7%	3,8%	92,3%
Effectifs	4	22	1	25	4	22	11	15	1	24
P de pearson	0,409		0,073		0,446		0,000		0,075	

VII. Tests psychologiques utilisés selon le trouble :

Plusieurs tests effectués objectivant un certain nombre de troubles psychologiques chez l'enfant et l'adolescent :

Tableau XVI: tests psychologiques

Test psychologique	Le trouble pour lequel utilisé le test	N= nombres de cas bénéficiant du test	Prévalence du n/N %
WISC test	Retard mental (n=12)	120	10%
Reversal test	-Trouble d'attention et hyperactivité (n=2)	8	25%
	- Refus et échec scolaire (n=2)	8	25%
NEMI-2	-Refus et échec scolaire (n=2)	22	9,1%
	-Trouble de langage et apprentissage (n=7)	22	31,8%
RORSCHACH	-Troubles de comportements (n=3)	12	25%
	-Troubles anxieux (n=2)	12	16,7%
	-Dépression (n=2)	12	16,7%
T.A.T	-Trouble anxieux (n=4)	17	23,5%
	-Echec scolaire (n=4)	17	23,5%
	-TDHA (n=3)	17	17,6%
	-Dépression (n=1)	17	5,9%



Discussion



I Généralité :

A. Définition et historique de la psychologie générale :

1. Définition :

La psychologie est la science qui étudie les processus mentaux. Le mot provient du grec: psico- (âme) et -logía (étude). [24]. Au début du 19^{ème} siècle la psychologie se définissait comme « *l'étude de la conscience de l'activité mentale* » [8]. Jusqu'au 20^{ème} siècle où va apparaître la nouvelle nomenclature : *la psychologie est la science du comportement (behaviorisme)* [8].

2. Historique de la psychologie générale

La psychologie était une branche de la philosophie mais il faudrait remonter bien avant les philosophes de l'antiquité et même bien avant l'époque de l'écriture pour retracer les premières théories sur le comportement humain. Ainsi les mythes et croyances religieuses de nos ancêtres aient des explications aux phénomènes naturels et aux comportements.

En effet ce n'est qu'à partir du moment de l'application des méthodes expérimentales des sciences naturelles des processus psychologiques que la psychologie va être reconnue comme discipline autonome. [151]

❖ Le structuralisme :

Les historiens reconnaissent aux allemands « *Ernst Weber* [anatomiste et physiologiste allemand (1795_1878)], *Gustav Fechner* [psychologue allemand inventeur de la psychophysique (1801-1878)] et *Hermann Von Helmholtz* [physicien allemand (1821- 1894)] », d'être les premiers qui s'intéressaient à l'étude systémique du comportement et des processus mentaux. [152,154]

Entre autre, on considère généralement *Wilhelm Wundt* (1832–1920) comme le père de la psychologie, il a fondé le premier laboratoire de psychologie scientifique à Leipzig en Allemagne en 1879. Il croyait qu'il était possible de déstructurer la conscience en éléments comme on pouvait décomposer l'eau en hydrogène et oxygène. De ce fait il a étudié avec ses collègues la perception des différents stimuli « visuels, tactiles ou sonores » en recourant à l'introspection : méthode permettant d'examiner systématiquement ses propres expériences conscientes, et a s'en rendre compte [151].

Edward Bradford Titchener [psychologue anglais, (1867–1927)] élève de Wundt, a exporté cette nouvelle discipline aux États-Unis, où il a fondé un laboratoire de psychologie, et c'est lui qui a baptisé le structuralisme “ *le premier courant de psychologie*” qui se basait sur l'observation, la mesure et l'expérimentation. [151]

❖ **Le fonctionnalisme :**

Ce courant apparait au XX siècle, il ne s'intéressait pas aux structures de conscience mais au fonctionnement des processus mentaux, et plus précisément à la façon utilisée par les humains pour s'adapter à l'environnement.

Ce courant était influencé par les travaux du britannique *Charles Darwin* [biologiste fondateur de la notion d'évolution biologique (1809–1882)] sur l'évolution et la continuité des espèces entraînant un recours de plus en plus fréquent à l'expérimentation sur les animaux. [151]

B. Définition et historique de la psychologie médicale :

1. Définition :

La psychologie médicale désigne l'éclairage de la psychologie sur les problématiques rencontrées dans le domaine de la médecine. À ce titre, elle intéresse aussi bien les psychologues exerçant dans ce champ de pratique, que les médicaux et paramédicaux dont

elle constitue le « minimum vital » à connaître (communication et annonces, résonances et implications des actes effectués, etc.)[9]

2. Historique de la psychologie médicale :

*Lightner Witmer** a fondé en 1886 la première « *Psychological Clinic* » destinée aux enfants anormaux [10], il était le psychologue expérimental, qui a découvert la psychologie clinique : une nouvelle méthode mettant l'accent sur l'approche individuelle approfondie du sujet. [10-26]



Figure 19 [28] : Witmer [psychologue américain, (1867-1950)]. [72]

En 1909 son collègue *healy williams* poursuivant le même chemin, voulant comprendre le comportement du sujet de façon individuelle, il a bâti « *the juvenil Psychopatic institue* » : une « clinique sans instruments » que Juliette Favez Boutonier, nommera plus tard, une « clinique à mains nues » dans laquelle le travail se base uniquement sur l'observation et l'écoute [27].

C. Les approches psychologiques :

Le développement humain recouvre plusieurs domaines. Il associe les interactions avec l'environnement, la sphère sensorio-motrice, les aspects psychomoteurs, La sphère cognitive, et la sphère psychoaffective. [31]

Il est aussi essentiel de saisir les données du développement dans deux perspectives :

- ❖ La première est **quantitative** : l'accroissement de la taille, la prise en poids, le déploiement du vocabulaire Lexical. [31]
- ❖ La deuxième est **qualitative** : comporte plusieurs données et suit plusieurs théories dont on peut citer :

1. Théories psychanalytiques :

Freud [neurologue autrichien fondateur de la psychanalyse, (1856-1939)] : [74]

Selon Freud l'individu est façonné par ses expériences personnelles et par les relations interpersonnelles au cours de son développement. [30]

Il définit trois instances psychiques : le moi, le surmoi, le soi et les stades psychosexuels parmi lesquels on distingue :

a. Stades psychosexuels :

Stades prégénitaux :

- ✚ **Le stade oral (de 0 à 2 ans) :** "Ici, l'activité sexuelle n'est pas encore séparée de l'ingestion d'aliments" [30] ;
- ✚ **Le stade anal (de 2 à 4 ans) :** « l'activité est entraînée par la pulsion d'emprise par l'intermédiaire de la musculature corporelle ; c'est avant tout la muqueuse érogène intestinale qui fait figure d'organe à but sexuel passif. » ; [30]

- ✚ **Le stade phallique (de 4 à 6 ans) :** a ce stade un seul type d'organe est reconnu comme porteur de puissance (le pénis chez le garçon et le clitoris chez la fille) [30].

Complexe d'Oedipe :

« Le complexe d'Oedipe est en ce sens un procès de symbolisation permettant à l'enfant de se repérer par rapport à son appartenance sexuée, ses ascendants, sa filiation. Il peut être considéré comme la base de la capacité à se penser comme sujet, processus « celui de la subjectivation » essentiel pour l'existence même. » [155]

Période de latence (de 6 à 12 ans) :

Caractérisé par un détournement des forces pulsionnelles sexuelles loin des buts sexuels et une orientation vers de nouveaux but « processus qui mérite le nom de sublimation » [141].

Stade génital :

Commence à l'adolescence, il fait suite au stade phallique et forme avec lui la deuxième étape de l'organisation de la libido chez l'enfant, il correspond à une maturité psychosexuelle : c'est l'ouverture vers les rapports sexuels. [141]

b. Les instances intra psychiques :

✚ **Le ça :**

Il représente le pôle pulsionnel de l'appareil psychique, il tient une importance structurale considérable au début de la vie de l'enfant. Freud dit que: « À l'origine de tout était le Ça.

Le Ça « débouchant d'un côté dans le somatique et y recueillant les besoins pulsionnels qui trouvent en lui leur expression psychique » [156]

✚ ***Le Moi***

Il est issu du ça, sous l'effet des expériences de la réalité, il se constitue d'un pôle défensif (mécanisme de défense contre l'angoisse) avec ses différentes fonctions (conscience, connaissance, mémorisation et autoconservation).

Cette genèse peut aboutir à deux hypothèses qui restent ambiguë selon la théorie freudienne ; la première déduit que le moi issu d'un noyau immature de ça et qui s'étend peu à peu vers tout l'appareil psychique ; la deuxième prétend que le moi est différencié grâce au jeu des identifications et contre-identifications successives à des objets extérieurs incorporés et intériorisés.

Une façon de relier ces deux théories est de dire que le Moi s'approprie progressivement du Ça qu'il va ensuite modeler au gré des processus identificatoires. [156]

✚ ***Le Surmoi***

Il est dans sa forme définitive l'héritier du complexe d'Œdipe, ce qui bien entendu ne l'exclut pas des stades préliminaires et des préformes plus ou moins archaïques de cette instance interdictrice (R. Spitz et M. Klein).

Comme le Moi, le Surmoi tire son énergie du Ça mais s'enracine dans le Moi où vont s'intérioriser les interdits parentaux et la Loi du groupe.

Comme le Moi, le Surmoi se structure par des processus d'identification aux images parentales et aux limites dont elles sont porteuses mais il s'agit davantage d'une identification au Surmoi des parents qu'à leur Moi, et ceci au travers des attitudes éducatives parentale. [156]

Donald Winnicott [était homme d'affaires méthodiste et médecin, (1896–1971)] [157]

Il a accordé une grande importance à l'interaction entre le bébé et sa mère. Celle-ci assume trois fonctions essentielles :

- ✚ le «holding», ou soutien physique du nourrisson, qui fournit une ~~énergie~~ **énergie** aux éléments sensorimoteurs du bébé.
- ✚ le «Handling», ou manipulation du nouveau-né (habillage, toilette, caresses) ;
- ✚ la «présentation de l'objet» (par exemple le sein).

Winnicott forge le concept de «~~M~~ère suffisamment bonne» pour désigner une mère qui répond de manière adaptée aux besoins du nourrisson.

Il s'est particulièrement intéressé à «l'objet transitionnel », peluche ou morceau de tissu (le fameux doudou) auquel le jeune enfant s'attache. Cet objet établit une transition entre lui-même et un objet pleinement extérieur à lui-même. Son usage constitue un élément normal du développement de l'enfant. [157]

2. Théories cognitivistes ou cognitivo-constructivistes :

Piaget [un biologiste, psychologue, logicien et épistémologue (1896–1980)] [77] :

Met l'accent sur la pensée (cognitive). Il s'intéressait à l'épistémologie génétique, c'est-à-dire l'étude de la transformation des connaissances de l'enfant à l'adulte. Il a développé quatre stades : [31,33]

- **Période sensori-motrice (0à2ans) :**

La Période de changements fondamentaux et rapides : l'enfant durant ses premiers ans va avoir une révolution copernicienne : « le corps n'est plus le centre du monde, mais un objet parmi d'autres » à la naissance l'enfant ne connaît que les actions isolés (sucrer et toucher) de plus tout est centré sur son corps » [32]

- **Période préopératoire (2à7-8ans) :**

- ❖ Caractérisée par l'apparition de :

- ✚ **La fonction sémiotique** : l'enfant peut se représenter un objet absent (ex : prendre un bâton pour simuler un avion). [31]

- ✚ **La fonction de l'égoцентризм** : tous les objets pour l'enfant sont fabriqués par l'homme (ex : les montagnes poussent car on a planté des cailloux). L'enfant vit au présent par l'imagerie mentale [31].

- **Période des opérations concrètes (7-8ans à 11-12ans) :**

L'enfant durant cette période peut revenir en arrière par la pensée, faire des opérations simples (classement et relations numériques) et des opérations complexes (achèvement de certains systèmes d'ensemble espace-temps), qui ne sont applicables qu'aux seuls objets [31].

- **Période des opérations formelles.**

Ces opérations s'appliquent non seulement aux objets mais aussi à l'hypothèse verbalisée. [31]

3. Théories de l'apprentissage et du comportement

Cette approche met presque exclusivement l'accent sur l'influence de l'environnement dans le développement d'un individu.

Selon John B. Watson [psychologue américain, (1878-1958)]. [151]

Le développement se base sur l'observation du comportement et non sur la connaissance introspective ou des reconstructions théoriques. [31].

Il considérait que les concepts de psychanalyse doivent être exclus du champ d'étude de la psychologie, comme on ne pouvait ni les observer, ni les vérifier expérimentalement et il proposait une approche radicalement différente : « le comportementisme » qui s'intéresse au comportement qui est observable et mesurable. [151]

Sydney W. Bijou [psychologue américain, (1908–2009)] :

Il a appliqué cette théorie à l'analyse du développement de l'enfant. Il repère trois stades:

- ***Le stade universel (de 0 à 2 ans) :***

La maturation biologique est un déterminant principal, elle joue un rôle important plus qu'aux stimulations de l'environnement.

- ***le stade de base (de 2 à 6 ans) :***

Le développement comportemental de l'enfant dépend essentiellement de l'environnement familial.

- ***le stade social :***

Il commence à l'âge d'entrée à l'école et se poursuit durant sa scolarité.

De multiples influences interviennent pour modifier les acquisitions des deux premiers Stades. [158].

Selon Frédéric Skinner [psychologue américain (1904–1990)]. [158] :

Le behaviorisme n'est nullement « l'étude scientifique du comportement, mais une philosophie de la science concernant la matière et les méthodes de la psychologie ». c'est à partir de travaux de psychologie animale et plus particulièrement à partir de l'étude du conditionnement « opérant », chez le rat et le pigeon que s'est développée la théorie de behaviorisme de Skinner : [145]

Le conditionnement « opérant », auquel Skinner a attaché son nom, consiste dans l'apparition et la fixation d'une forme de la réaction émise plus ou moins spontanément par l'organisme (au lieu d'être élicité par excitant approprié) et constituant l'instrument de la venue (ou éventuellement de la suppression) d'une source d'excitation ultérieurement (nourriture, choc électrique, par exemple); d'où appellation de conditionnement « instrumental » [145]

Ivan Pavlov [médecin et psychologue russe (1849–1936)] [145]

Dans le conditionnement dit « classique », illustré par les travaux de *Pavlov*, la simple concomitance entre deux sources d'excitations, l'une efficace, l'autre inefficace en ce qui concerne le déclenchement d'une certaine forme de réaction (la réaction salivaire, chez le chien, par exemple), donne lieu à l'acquisition d'un pouvoir excitateur vis-à-vis de cette réaction, de la part de l'excitation initialement inefficace .[145]

4. Théories d'attachement :

John bowlby [psychiatre et psychanalyste (1907–1990)]. [156] :

Il postule que l'attachement est un besoin primaire du bébé, qui est indépendant des besoins physiologiques(en particulier l'allaitement).Le bébé a un répertoire de comportements innés, qui lui permet d'établir et de maintenir le contact avec ses proches principalement avec sa maman (par le reflexe de succion, d'agrippement, pleurs, cris, sourire...).

En apprenant à communiquer avec la mère a travers ses comportements le bébé développera ses capacités d'interaction avec les autres.

Mary Ainsworth [psychologue (1913–1999)] [7]

Collaboratrice de **J. Bowlby**, a poursuivi les travaux de ce dernier et elle a montré que l'attachement de l'enfant, au cours de la première année, varie beaucoup selon la manière dont la mère répond à ses besoins. Elle repère ainsi des enfants confiants/séures, inséures/évitants et ambivalents/inséures ou "résistants" : [7]

✚ **Les enfants séures** : n'activent leur système d'attachement qu'en cas de danger potentiel (absence de la mère) et retrouvent leur calme et leur envie d'explorer rapidement après le retour de leur mère. Parce que leur système d'attachement est efficace, c'est-à-dire qu'il promeut la proximité de la mère, l'enfant n'a nul besoin d'en changer l'expression (en réduisant ou en augmentant les signaux d'attachement) [7]

✚ Par contre, les enfants "anxieux-évitants", lorsqu'ils sont dans des conditions potentiellement dangereuses, détournent leur attention de leur mère pour se focaliser principalement sur leur environnement physique (par ex. : les jouets qui se trouvent dans la pièce). Bien qu'ils semblent parfois tranquilles, cette apparente absence de préoccupation pour leur sécurité résulte d'une attitude défensive qui consiste à ne rien attendre d'autrui pour ne pas être déçu. [7]

✚ Enfin, les enfants "anxieux-ambivalents" optent pour la stratégie inverse, en ce sens qu'au lieu de renoncer à être réconfortés et protégés, ils exagèrent leurs signaux d'attachement pour attirer l'attention sur eux.

5. Théories familiale/systemique :

Les thérapeutes familiaux commencent par l'idée que le bien-être de la personne repose sur la qualité des interactions familiales, pour cette raison le trouble psychologique s'inscrit dans une dynamique familiale et non pas personnelle (le cas d'un enfant dépendant de leur parents, et qui est incapable de se dégager des problèmes familiaux). [7]

Si l'on étudie séparément ses interactions familiales : mère-enfant, père-mère, père-enfant, on ne sait rien sur l'influence que chacune de ces relations exerce sur les autres.

En effet, la perturbation du fonctionnement de ces interactions va engendrer l'apparition de symptômes chez l'enfant. Au lieu de s'intéresser à l'étiologie des symptômes les thérapeutes familiaux vont plutôt tenter de comprendre ce qui contribue à les maintenir. [7]

Selon Murray Bowen [psychiatre américain (1913-1990)]:

L'enfant qui forme des symptômes est celui qui est le plus impliqué dans le conflit familial. Donc le symptôme est un message indirect d'expression du mépris concernant les relations familiales, s'il venait à être extériorisé, le symptôme n'aurait plus de raison d'être pour cette finalité il faut exprimer les messages cachés au sein de la famille ; [7]

De la même façon qu'un symptôme permet de préserver l'équilibre de la famille nucléaire. En effet, la famille nucléaire peut rencontrer des difficultés qui s'expliquent par le fait que les parents sont encore impliqués dans des problèmes avec leurs familles d'origine et ne s'autorisent pas à vivre de manière autonome, en ne tenant pas compte des sensibilités de leurs parents. De fait, un comportement symptomatique peut se transmettre d'une génération à l'autre dans un objectif de stabilité du système familial multi-générationnel. [7]

6. Autres théories :

✚ Théorie humaniste et transpersonnelles:

Selon Maslow (1908-1970) et Rogers (1902 -1987) [31]

Le développement des personnes dépend du besoin de satisfaction c'est-à-dire les individus cherchent à développer leur plein potentiel et expriment des besoins permanents d'auto actualisation ainsi que d'auto conservation pour assurer un certains degrés de la joie

✚ Théories éthologiques :

L'éthologie est à l'origine de l'étude biologique du comportement des animaux.

Lorenz (1903-1989) représente le père fondateur de cette discipline, avec ses travaux sur "L'empreinte" : celle ci correspond à un apprentissage très rapide d'un comportement par le jeune animal au cours d'une période sensible (et aussi de proximité avec sa mère ou un substitut) pendant laquelle il se montre particulièrement prédisposé à cet apprentissage [31].

D. la psychologie clinique infantile :

La psychologie de l'enfant et de l'adolescent fait partie des sciences du développement humain. Elle permet d'avoir un aperçu sur les premières vécus ou les premières expériences de l'individu, afin d'adapter nos mode d'intervention éducative à l'enfant et l'adolescent, par le biais de la psychothérapie ou la psychopédagogie du groupe.

Au début du XXème siècle, pour Freud, certains troubles psychiques prenaient naissance depuis l'enfance au sein de la famille. Il s'intéressait à la psychodynamique des troubles et non aux problèmes des enfants. Ainsi, en 1905, Il décrit des stades de croissance psychosexuelle de l'enfant. [7]

De son côté son disciple Spitz, influencé par les problèmes psychologiques des orphelins victimes de guerre, déduisait l'importance des relations affectives pour ces petits enfants

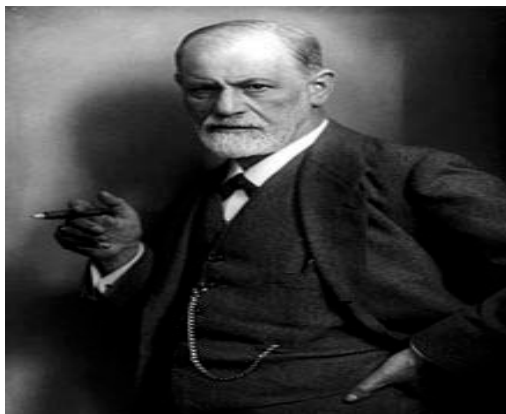


Figure 20: Sigmund Freud [74]



Figure 21: René spitz [75].

En même temps, Binet et Simon (psychologues français), chargés par l'administration publique, ont conçu des instruments psychologiques, et ont sélectionné les enfants qui avaient besoin d'une orientation spécialisée. Ce qui a aboutit au premier test d'intelligence (publié En 1905) qui montrait que les enfants différaient dans leur potentiel intellectuel et leurs performances [7,76].



Figure 22 [77] : jean Piaget* [18]

Par ailleurs, Piaget comme Freud en soulignant l'importance du développement cognitif (l'épistémologie génétique) de l'enfant. Il a proposé une théorie de stade. Par la suite il a découvert la présence de certains facteurs génétiques pouvant entraîner un retard de développement, comme dans la trisomie 21. [7]

E. Rôle du psychologue clinicien :

Selon Élisabeth Levy (psychologue française ,1964) [25] : « le psychologue n'intervient qu'en un second temps. Il est appelé à faire éventuellement un bilan psychologique en complément des entretiens avec le pédopsychiatre. S'il a une formation de psychothérapeute, il peut aussi être sollicité pour suivre l'enfant en psychothérapie ». [25]

Le psychologue clinicien joue 3 fonctions essentielles :

➤ **fonction diagnostique :**

Des bilans cliniques ou psychométriques peuvent être effectués à l'arrivée ou en cours des consultations du patient ;

➤ **fonction thérapeutique :**

Les psychologues cliniciens utilisent leurs connaissances pour traiter les enfants aux prises avec des difficultés ou des troubles d'ordre psychologique (deuil, divorce, anxiété, phobie, dépression, stress, etc.) [151]

➤ **fonction institutionnelle :**

Les psychologues peuvent par ailleurs participer, en tant que "cadres techniques", à des réunions centrées sur le fonctionnement institutionnel. Ils peuvent participer aux réunions de l'équipe médicale, paramédicale et autres (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciennes, et assistants sociaux) ces réunions ont un but de faire le point sur les prises en charge des patients.

L'examen psychologique permet [150]:

- Soit d'aider à choisir la stratégie thérapeutique qui va orienter une éventuelle prise en charge.
- Soit collecter des données nécessaires pour une prise en charge en cours.

L'examen psychologique comprend trois phases : un entretien préliminaire avec la famille, la passation des tests avec l'enfant seul, puis la restitution à l'enfant et à la famille. [150]

F. Les différents outils et tests utilisés :

1. Tests cognitifs :

Wisc test :

Le WISC*: « *Wechsler Intelligence Scale for Children* » est la référence internationale pour la mesure de l'intelligence de l'enfant (de 6 ans à 16 ans) [47].

Il permet de calculer le Quotient Intellectuel Total (QIT), de dépister des troubles spécifiques en calcul, d'identifier des difficultés mentales et le raisonnement quantitatif.

Il est utilisé surtout pour le dépistage des enfants avec retard mental, et ce grâce à l'option ENV (échelle non verbale) .Cette dernière « était validée depuis La mise en application de la loi d'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapés en 2005 en France, qui à été amené par les conseils d'orientations des psychologues » et elle permet de proposer une prise en charge adéquate à ces enfants. [48, 49,50].

Figure de Rey :

En 1941 André Rey a fondé la figure complexe de Rey, qui était destiné au début aux enfants âgés de 5ans en vue d'évaluer les troubles cérébraux [113] .Ce n'est qu'en 1944 que Paul Orterrieth va engendrer des modifications sur le test pour l'adapter aux différentes catégories d'âge.

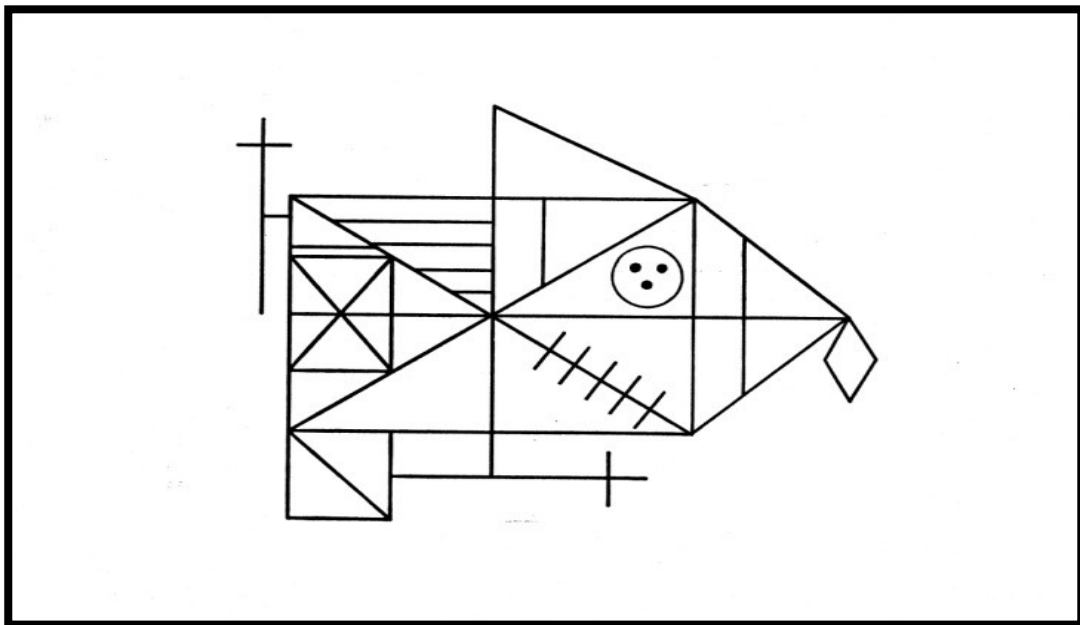


Figure 23 : figure de Rey [51]

Reversal test :

Ce test qui a été créé par un psychologue suédois (Ake W. EDFELD) en 1955, il avait pour but de déterminer si l'enfant a acquis la maturité nécessaire pour l'apprentissage de la lecture. Il est composé de 84 paires de figures, différentes ou identiques. Les enfants doivent barrer les items où les figures se présentent différemment. [46].

Il permet d'évaluer la discrimination spatiale, l'orientation dans l'espace graphique, et puisqu'il comporte 4 pages et dure au moins 5 mn, il déduit le niveau d'attention et de concentration de l'enfant. [52 ,53]

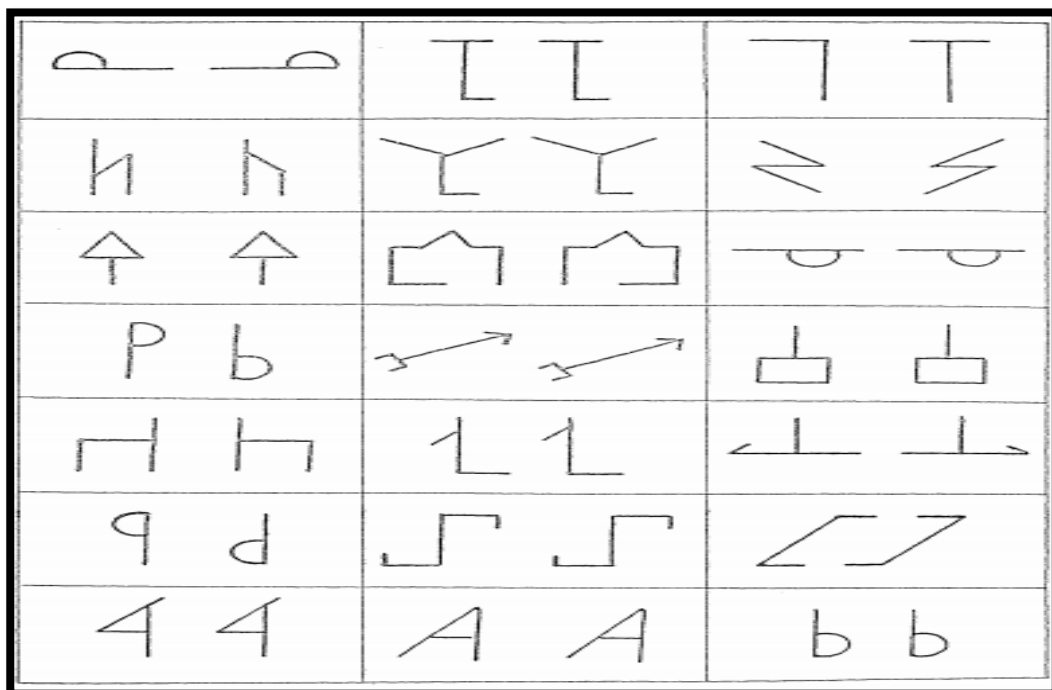


Figure 24:extrait du Reversal test [53]

NEMI-2 :

Binet et Simon inventaient en 1905, le premier outil standardisé pour évaluer l'intelligence : la célèbre échelle métrique, refondue et améliorée en 1908, en 1911. En 1966 une nouvelle adaptation a été faite par René Zazzo et son fidèle équipe (Mina Verba-Rad et Michel Gilly). [54, 55, 56,57].

Ce test préexpérimenté auprès de 287 sujets, est solidement étalonné sur 837 enfants âgés entre 4 et 13 ans, et réparti selon cinq zones géographiques. Il permet d'évaluer les troubles d'apprentissage et les troubles de développement.

2. Tests projectifs :

RORSCHACH :

Le psychanalyste suisse Hermann RORSCHACH s'est inspiré d'un jeu d'enfant : une goutte d'encre posée sur une feuille de papier et pliée en deux pour obtenir une forme symétrique. Ce test est utilisé chez des enfants à partir de 4ans.

Des planches de RORSCHACH sont présentées au patient « on lui demande ce que les taches pourraient ressembler.....Ce qui est intéressant, est comment les choses sont dites.Ce test permet de laisser apparaître l'organisation de la pensée, la manière dont on se perçoit les autres et le monde. Il permet aussi de repérer certains signes tels que l'anxiété, les mécanismes de défense mis en place, la manière de percevoir la réalité et de faire la différence entre la réalité et l'imaginaire ». [45]

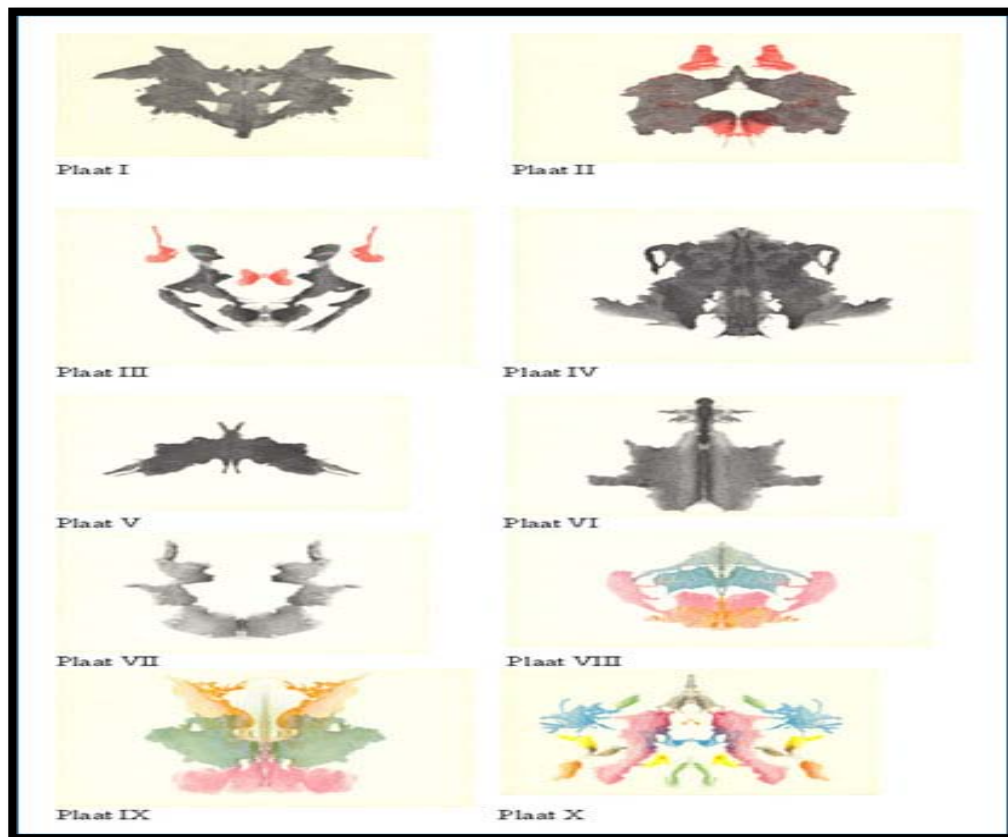


Figure 25: Rorschach test [45]

Le T.A.T tests:

En 1943 Henry A Munay a publié le « *Thematic apperception test* ». Il permet d'explorer le monde interne et intra-personnel, mais il prêt aussi à des applications intéressantes et des lectures de la relation interpersonnelle, famille ou fonctionnement communautaire. [58]

Il est formé de 8 cartes administrées avec méthodologie analogue à celle de RORSCHACH, on demande au patient de raconter une histoire à partir d'images ambiguës. [59].

3. Dessin :

Le dessin a été intégré depuis longtemps comme méthode pour la compréhension de la sphère affective et cognitive de l'enfant [62] ; Selon Anzieu et Jalley (1991, 1993) « *Le dessin est une activité graphique exercée par l'enfant entre trois et douze ans ; il mêle L'expression de soi et la copie de la réalité. Chez l'enfant, il n'est pas qu'une image mais aussi un Mode d'écriture complexe qui a un pouvoir de signification* ». [60,61 ,66].

En effet Les chercheurs psychologues se sont basés sur trois axes pour l'utilisation du dessin : [63]

✓ Le premier axe :

Était autour de l'évaluation de l'intelligence par le dessin comme instrument psychométrique, en particulier le test du bonhomme de Goodenough (1957) qui a constitué une première tentative de mesure systématique de l'intelligence enfantine.

✓ Le deuxième axe :

S'intéresse au dessin comme technique projective pour l'évaluation de la personnalité et les émotions de l'enfant [64]

✓ Le troisième axe :

Est développemental. Il vise à analyser les types de production en fonction de la maturation cognitive de l'enfant. [65]



Figure 26: Dessin de l'école d'un enfant en cours de thérapie oncologique représentant un de ses moments heureux (Johnson et Al 2012) [67,68]

G. Le rôle des autres intervenants :

1. Le pédopsychiatre :

✓ Rôle diagnostique :

Le pédopsychiatre s'inscrit dans une démarche catégorielle, c'est à dire qu'il va plutôt regrouper des symptômes afin de poser un diagnostic permettant d'identifier une catégorie de troubles mentaux. Cependant le travail du pédopsychiatre est non seulement de mettre en évidence, mais aussi d'expliquer des troubles, des situations, des comportements ou des symptômes gênants pour une personne, tout en les inscrivant dans l'histoire du patient de façon dynamique, c'est à dire, en tenant compte du fonctionnement de la personne. [29].

✓ Rôle thérapeutique :

Il peut être sollicité à faire des approches psychothérapeutiques adaptées à l'enfant, ou bien de mener une prescription médicale ; [29]

✓ **Rôle préventif :**

Il joue un rôle dans le dépistage et la prévention des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ;

✓ **Rôle judiciaire :**

Il peut être amené parfois à effectuer un signalement en vue de mesures éducatives ou judiciaires (ex : violence). Pour cela, il travaille conjointement avec l'assistante sociale qui sert d'interface avec les intervenants extérieurs. [29]

2. L'orthophoniste :

Le rôle de l'orthophoniste est :

- ✓ L'évaluation des troubles du langage, de la parole afin de déterminer le plan du traitement;
- ✓ L'évaluation d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation □ pour y intervenir;
- ✓ L'évaluation d'un enfant inadmissible à l'éducation préscolaire □ et présentant des indices du retard du développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins. [34,35].

3. psychomotricien :

Le psychomotricien intervient dans l'arsenal diagnostique et thérapeutique de l'enfant :

- ✓ Il s'occupe de la prévention et du dépistage des troubles psychomoteurs.
- ✓ Il propose un dispositif pour accompagner l'enfant ou réajuster son environnement.
- ✓ Il aide dans l'intégration de l'enfant handicapé, en l'accompagnant et en expliquant sa pathologie à sa famille, tout en rassurant les parents. [69]
- ✓ Il permet d'évaluer les troubles de comportements afin de proposer une prise en charge adéquate. [70,71].

4. Auxiliaire de vie scolaire (AVS) :

C'est une personne chargée d'accompagner et d'aider les jeunes handicapés ou souffrant d'un trouble de santé invalidant dans leur scolarité.

Les AVS ont pour rôle de favoriser l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire normal. Ils peuvent être affectés :

- ❖ Dans une école, un collège ou un lycée accueillant des élèves handicapés dans une **Clis**
- ❖ Au suivi d'un élève en particulier dans ce cas, l'auxiliaire accompagne l'élève au quotidien dans un établissement scolaire ordinaire. [143]

5. Réseau Multidisciplinaire :

L'intervention auprès des enfants et des adolescents en psychologie nécessite une participation multidisciplinaire faisant interpeler les autres spécialités qui s'intéressent à la santé infanto-juvénile (pédiatre, Neuropédiatrie, ORL, Ophtalmologue...). Cette collaboration interprofessionnelle élabore une efficacité dans le service de santé de l'enfant et elle permet de dénouer les impasses thérapeutiques. [142]

6. Classe d'inclusion scolaire (Clis) :

Classe d'inclusion scolaire de l'enseignement spécialisé qui se trouve dans une école de quartier ou du village. Elle accueille les élèves en difficultés scolaires dont l'objectif est de scolariser tous les enfants et de permettre aux élèves en situation d'handicapé de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire. [159]

7. Centre national Mohammed VI des handicapés :

Le centre national Mohammed VI des handicapés est un établissement médicoéducatif et social qui a pour but de :

- Prendre en charge sur la plan medicoéducatif et sociale les enfants et les adolescents handicapés.
- Servir aussi les adultes, les familles des enfants et des adolescents handicapés.
- Agir en collaboration avec toutes les instances poursuivant le même but.
- Conseiller, aider, gérer des services de dépistage et de prévention, d'observation, d'accueil, de soins, d'éducation, de formation professionnelle, de placement et d'actions éducatives en milieu ouvert pour les enfants et adolescents handicapés .
- Promouvoir des services au bénéfice des enfants, adolescents ou adultes handicapés et des actions de recherche ;
- Collaborer aux initiatives et réalisations tendant aux mêmes fins en partenariat notamment avec les associations et organismes poursuivant le même but ;
- Promouvoir un mouvement de solidarité en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés, notamment par le développement de la vie associative. [160]

II Discussion de nos résultats à l'abri de la littérature :

1. Profil épidémiologique et sociodémographique

Dans notre étude nous avons découvert que :

a) L'âge :

La tranche d'âge la plus fréquente (7_12ans) est la même aussi bien au Maroc qu'en Tunisie. Cependant elle diffère en France (prédominance des adolescents) .On pourrait expliquer ces résultats au fait que les parents et les enseignants accordent plus d'importance à la santé et à la scolarité de leurs enfants. [12, 13,15].

b) Le Sexe :

Le sexe masculin a prédominé (61,7%) le sexe féminin (38,3%). Si cette prédominance est identique chez certains auteurs, elle diffère des données de l'étude française (tableau XVII). Ainsi, La surexpression masculine pourrait être liée à nos coutûmes qui accordent plus d'intérêt aux garçons qu'aux filles. [13–15,144]

Tableau XVII : comparaison de la répartition du sexe

Auteur	Sexe féminin %	Sexe masculin %	Sex-ratio	N de l'échantillon
A .Anthony et al (Botswana 2012–2016)	39,5	60,6	1,53	251
F. Charfi et al. (Tunisie 2015)	33,4	66,6	1,99	583
Hanane Hussein, (egypte 2011)	41	59	1,37	123
M.Wiss et al. (France 2004)	2/3	1/3	-	215
Notre série (2013–2016)	38,3	61,7	1,5	300

c) **le mode de résidence**

La demande du soin change selon le mode de résidence. Dans notre étude elle était importante dans le monde urbain (75,5%). Cela est valable aussi bien pour la Tunisie. [13].

Ce résultat est du probablement à de nombreux facteurs qui empêchent la population rurale d'accéder aux soins ; d'ailleurs dans la stratégie du ministère de la santé (2008 et 2012), cinq déterminants ont été retenus comme causes qui empêchent nos citoyens de rejoindre les soins sanitaires : il s'agit de l'analphabétisme, la pauvreté, le genre, l'enclavement et le manque d'information. [16]

d) **Le niveau socio-économique :**

Dans notre contexte il existait presque une égalité en matière de demande de soin entre le niveau socio-économique défavorisé et le niveau socio-économique moyen. Ceci est bien souligné dans les autres études (tableau XVIII). [13-14]. Ce qui pourrait témoigner de l'efficacité du RAMED (Régime d'Assistance Médicale). Notons que ce régime entre dans le cadre de la nouvelle réforme où le Maroc s'est engagé en 2002 à se doter d'un système de couverture de base [17].

Tableau XVIII : comparaison du niveau socio économique

Auteur	La taille de l'échantillon	Niveau bas	Niveau moyen	Niveau élevé
F.charfi et al. (Tunisie 2015)	583	30,7%	47%	17,3%
H.Hussein et al. (Egypte 2011)	123	56%	31%	13%
Notre série (2013-2016)	300	47,5%	46,4%	3,7%

e) Scolarité des parents

Selon *Elizabeth Brown* [23], les parents exerçant un emploi ne s'occupent pas moins de leurs enfants que ceux qui sont au chômage. La profession qu'ils occupent et leur niveau économique et culturel influencent positivement et doublement le comportement scolaire de leurs enfants; Dans notre série un taux d'analphabétisme des parents est bien marqué (pères : 24,3%, mères : 27,7%), ce qui pourrait expliquer la prévalence élevée des refus et échecs scolaires.

2. Motif de consultations :

Parmi les motifs de consultation les plus fréquents nous pouvons citer :

- ❖ Le refus et les problèmes scolaires (31,3%).
- ❖ Les troubles de comportements (24,7%) qui selon la littérature restent le motif clé. Ils constituent un moyen d'expression et d'extravasation de la souffrance de l'enfant et une source de dérangement qui mène la famille à consulter.

[13, 14, 19,21]

Tableau XIX: comparaison des motifs de consultation

Auteur	Troubles de comportements	Problèmes scolaires	Problèmes de langages	Manifestations Somatiques	Anxiété	N
F.charfi (Tunisie 2015)	29 ,6%	20%	14,5%	8,4%	4,1%	583
H.Hussein. (Egypte 2012)	63%	13%	18%	-	-	123
M. Le Galudec. (France 2011)	33,4%	-	-	16 ,5	18%	935
Roberta A. (Olson, 1988)	9 ,4%			8,1%	19,4%	749
Notre série (2013-2016)	24,7%	31,3%	21,3%	5%	5,3%	300

3. Antécédents:

3.1 antécédents familiaux de troubles psychiques:

Les enfants ayant des parents souffrant de problèmes de santé mentale courent un risque accru d'être exposés à des troubles psychologiques. Des études antérieures ont estimé que presque la moitié des enfants suivis en pédopsychiatrie avaient des parents qui ont été diagnostiqués avec des troubles mentaux [127,128]. Dans notre série 12,7% des enfants avaient des parents porteurs des problèmes mentaux (dépression 8% / troubles anxieux 4,7%): [126 ,129 ,146]

Tableau XX: antécédents familiaux et troubles psychiques chez l'enfant

auteurs	Prévalence des enfants ayant des parents malades mentaux	Prévalence de dépression chez parents	Taille de l'échantillon
Angela Plass-Christl. (Allemand 2017)	14,82%	22,6%	1158
Shih.RA et al. (2004)	-	15à25%	-
Notre série (2013-2016)	12,7%	8%	300

La recherche des troubles mentaux dans les antécédents familiaux des enfants ayant troubles psychiques permet d'intervenir de façon précoce. En effet grâce à l'utilisation de la psychothérapie de façon préventive chez ces enfants, les maladies mentales peuvent être efficacement réduites à 40% [130].

3.2 Violence et maltraitance :

L'enfant peut être victime de maltraitance directe ou d'une violence indirecte (violences conjugales), dans ce sens plusieurs études ont été réalisées afin de déduire les troubles psychologiques qui se voient chez les enfants maltraités:

López-Soler démontra l'existence d'une relation intime entre les troubles psychologique et le degré de violence conjugale chez les mamans, en particulier les troubles de comportements ($p < .01$) [120].

Le travail de Savard N.et Zaouche Gaudron a conclu que les enfants victimes de violence manifestent des troubles extériorisés et une hyperactivité [121,122].

Dans notre série 15,5% des enfants victimes de violence conjugal présentaient des troubles de comportement sans présence de corrélation significative entre les deux ($p=0,185$ supérieur à 0,05), vu que notre échantillon ne comportait pas uniquement les enfants maltraités.

Fortin a mis en évidence la présence des troubles anxieux ($P < 0,05$) et dépressifs chez ces enfants maltraités ($p < 0,05$). [123].

Dans notre série 15,4% des troubles de comportements et 15,3% des troubles anxieux ont été noté chez les enfants maltraités sans présence de corrélation significative (p supérieur à 0,05) (le tableau ci-dessous). [124,125] :

tableau XXI: comparaison des troubles psychologiques en rapport avec la violence et la maltraitance chez l'enfant

auteurs	Troubles de comportement	Troubles anxieux	N
Graham-Bermann, (2009 U.S.A)	24%	-	219
Reich, W. (2000.U.S.A)	64,1%	58,3%	52
Notre série (2013-2016)	15,4%	15,3%	300

4. Profil clinique de la population

4.1 La demande de consultation

Dans notre travail la demande de consultation a émané particulièrement de la famille, des médecins généralistes, des pédiatres et rarement d'autres spécialistes. Selon les études elle diffère d'un pays à l'autre (tableau XX). [13, 14, 19, 20,21].

En effet, l'élévation de la fréquence de la demande d'origine familiale, revient à la conscience portée par les parents sur le rôle du psychologue dans la prise en charge des troubles spécifiques chez l'enfant

Tableau XXII : comparaison de l'origine de la demande de soin.

auteur	N	Demande de famille%	Pédiatre %	Médecin généraliste %	école %	Autres %
F.charfi (Tunisie 2015)	583	20	31,9	23,7		17,3
H.Hussein, (Egypte 2012)	123	33	10	2	12	-
M. Le Galudec (France 2011)	935	42,2	-	29,1		20,2
Jorgensen K, (Norvège 2004)	40274	-	-	5,2	15,6	13,2
Roberta A. Olson (1988 U.S.A)	749	-	40%	16%	-	21%
Notre série (2013-2016)	300	19	15,7	17,3	9,3	13,3

4.2 Accompagnateur de l'enfant à la consultation psychologique :

Dans le présent travail la mère accompagnait l'enfant dans la majorité des cas (67,7%). Ceci ressemble à l'étude de Charfi.F faite en Tunisie [13].

Ces résultats pourraient être expliqués :

- Soit par l'absence des pères à cause des exigences du travail, ou du divorce et dans ce dernier cas l'enfant reste avec la mère.

- Soit par le faite que actuellement, la famille marocaine est devenue flexible du type nucléaire (fondé sur la notion d'égalité du couple) dans 63% des cas qui [22].

5. Tests psychologiques :

Les psychologues doivent pouvoir compter sur des outils objectifs, fiables et éprouvés pour étayer leurs interprétations et proposer des accompagnements adaptés. Un ensemble de tests était effectués dans notre série en comparaison avec la France dans l'objectif était l'exploration de la sphère interne de l'enfant et de l'adolescent.

Tableau XXIII: comparaison des tests psychologiques utilisés

Tests utilisé en France jusqu'au 2018 [42]	Tests utilisé à l' HIN (hopital ibn nafis) depuis 2013 jusqu'au 2016
tests projectifs : <ul style="list-style-type: none">❖ RORCHACH❖ TAT❖ CAT❖ FTT-R❖ TCR❖ SAT.	<ul style="list-style-type: none">❖ TAT❖ RORCHACH
Tests cognitifs : <ul style="list-style-type: none">❖ WISC IV/WISC V❖ WPPSI-IV❖ WNV❖ NEMI-2❖ EDEI-R....	<ul style="list-style-type: none">❖ WISC III et WISC IV❖ Reversal test❖ NEMI-2❖ Figure de Rey
Test de Dessin	Dessin

6. Description de certains troubles psychologiques

6.1 Trouble de comportement :

Le tableau ci-dessous représente la comparaison de la fréquence des troubles de comportements entre les classifications internationales des troubles mentaux et notre étude [36, 41].

Tableau XXIV:prévalence du trouble de comportement

Auteur	La prévalence
DSM III_R [37]	7,3%
DSM IV [38]	11,4%
CIM_10 [39]	10 à20%
Notre série	19,3 à 24,7%

6.1-1 Les troubles de conduites :

a) Definition :

Trouble de conduite est un diagnostic psychiatrique caractérisé par un comportement d'agressivité, de tromperie et de violation grave des règles ou autres ; persistant et répétitif. Cette définition se base sur la classification DSM-V [43] qui a élaboré un nouveau spécificateur pour le diagnostic de trouble de conduite nommé "with limited prosocial emotions""(LPE);pour supprimer l'hétérogénéité existante dans les précédentes classifications [44]

b) Caratéristiques générales

Le trouble de conduite est le diagnostic le plus fréquent chez l'enfant et l'adolescent. Il constitue un tiers des demandes de consultation en littérature [114], pour notre série 19,3% des enfants présentaient ce trouble.

Quelques caractéristiques générales du trouble de conduite sont montrées dans le tableau suivant [116,119] :

Tableau XXV:comparaison des caractéristiques générales du trouble de conduite

auteurs	prévalence	Sex-ratio (M/F)	Tranche d'âge plus fréquente	N
Mohammadi et al. (Iran 2014). DSM-V	32,9%	2	6-17ans	9636
INSESERM. (France 2005).DSM-IV	5à 9%	4	13-18 ans	Population générale
Notre série (2013-2016).DSM IV	19,3%	1,89	7à 12 ans	58

Les taux de prévalence varient d'une étude à une autre en raison de différences méthodologiques concernant les critères diagnostiques, les populations étudiées et les personnes informatives choisies [114]

c) **Facteurs incriminés dans l'engendrement des troubles de conduites :**

Un milieu socio-économique bas, une famille déstructurée, des antécédents familiaux de sociopathe (dépression et habitude toxique), des antécédents personnels (souffrance néonatale ou autres) et la notion de consanguinité sont des facteurs de risques associés, à une prévalence plus grande de trouble de conduites dans des études longitudinales. [44,116, 117]. Cependant dans notre travail il n'y avait pas de corrélation significative entre trouble de conduite et ces facteurs (p supérieur 0,05). (Tableau XI).

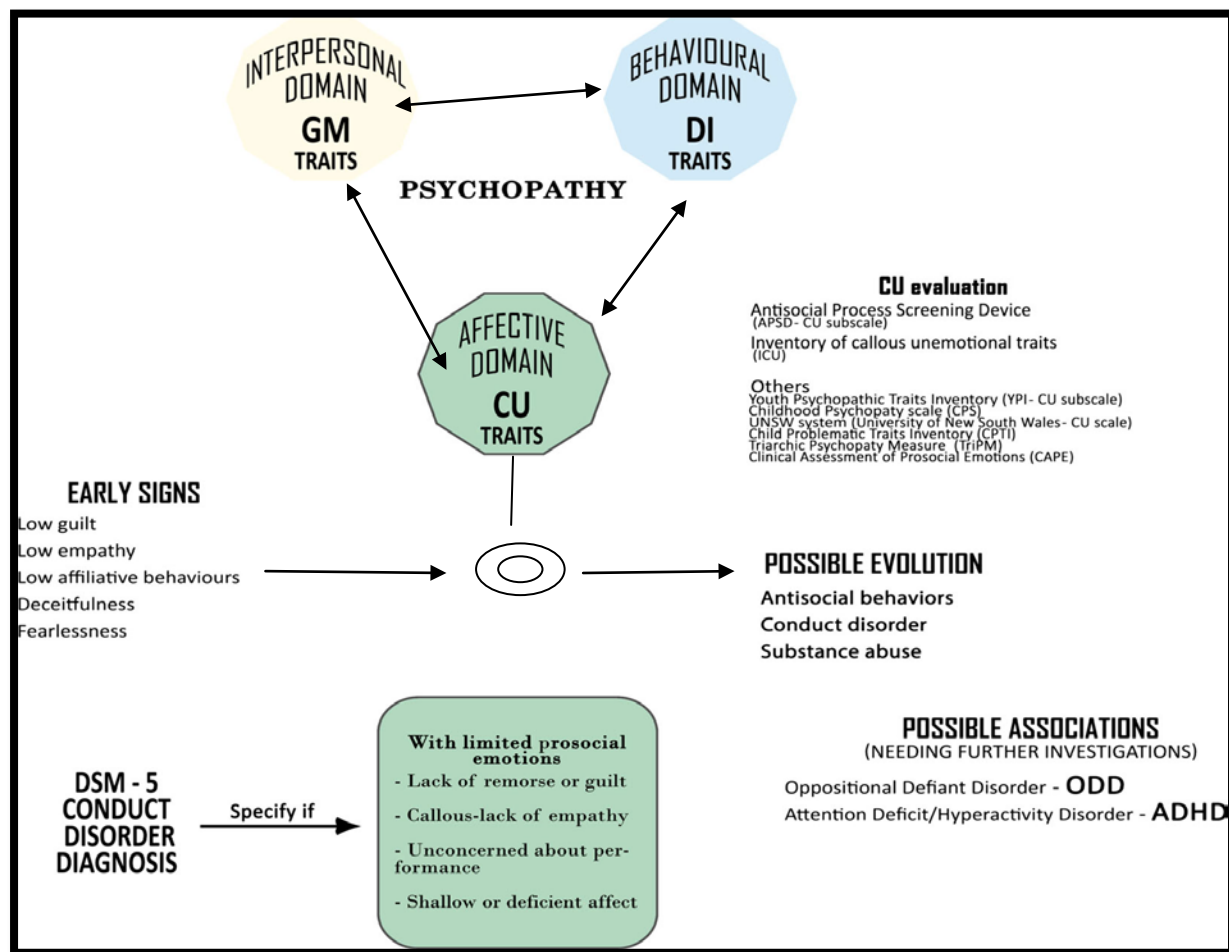


Figure 27: concept de psychopathie développementale à partir d'une psychopathologie basée sur la personnalité (partie supérieur); ainsi q'une perspective orientée vers le DSM –5 (partie inférieure). [44]

En effet, la plus grande attention a été portée à la comorbidité de trouble de conduites et trouble de déficit de l'attention et de l'hyperactivité dans les différentes études ; une large fraction des sujets présentant un des deux troubles (45 à 70 %) remplit également les critères de l'autre trouble [117]

6.1-2 Trouble de déficit de l'attention et ou de l'hyperactivité

a) définition :

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDHA) chez l'enfant se caractérise selon les critères du DSM–V par :

- 1) Un déficit d'attention, marqué par l'incapacité à soutenir son attention pendant une Durée prolongée ainsi qu'une grande sensibilité aux stimuli destructeurs ;

- 2) De l'agitation motrice, se traduisant par une incapacité à rester en place pendant une tâche particulière, le besoin incessant de bouger et l'intolérance à la situation de repos et/ou l'impulsivité motrice, caractérisée par l'incapacité à attendre ou la précipitation à répondre et l'interruption permanente des activités d'autrui ». [149]

b) caractéristiques générales :

Dans notre étude on a trouvé une fréquence de 9,7% du déficit de l'attention et l'hyperactivité avec prédominance de la tranche d'âge scolaire qui est de l'ordre de 6,7%. Notre comparaison menée avec la littérature est présente dans le tableau suivant [115]

Tableau XXVI: comparaison de la prévalence de TDAH

auteur	Prévalence de TDAH	Effectifs
Mash EJ, Barkley RA 1996 [3]	4 - 5%	579
Laura Masi. 2015 [118]	3-8%	-
Bouvard M 2006 (DSMIII) [137]	5%	
Martin-Guehl C. 2004 (CIM 10) [136]	2%	
Baumgaertel 2000 -DSMIV -DSMIII [138]	17,8% 9,7%	
Notre série DSMIII- DSM IV -DSMV	9,7%	29 cas

Cette recrudescence dans les prévalences peut trouver son origine dans la conjonction de plusieurs objectifs, tels que l'amélioration des moyens de diagnostic par le développement des instruments standardisés et des classifications, ainsi que l'intérêt porté pour le dépistage précoce des troubles [139].

La TDHA était rencontré dans notre travail essentiellement chez les garçons comme l'illustre le tableau suivant :

Tableau XXVII: comparaison du sexe de TDAH

auteur	Prévalence de sexe masculin	Prévalence pour sexe féminin	N
Dr. Mark A. Riddle.et al. 2014. [4]	75%	25%	207
Martin-Guehl C. 2004. [136]	3-4%	1%	-
Notre série 2013-2016	76,7%	23,3%	29

En effet, cette augmentation observée chez les garçons pourrait être expliquée par le fait que ces derniers fréquentent les rues plus que les filles.

c) **prise en charge :**

L'évaluation clinique d'une telle symptomatologie qui s'appuie sur des épreuves neuropsychologiques (test de WISC), nous permet de bien différencier entre une instabilité bruyante passagère et un trouble avéré.

Dans la littérature les enfants ayant une TDHA obtenaient une QI basse sur le WISC test [73]. Dans notre série le test n'a pas permis de calculer le QI vu qu'il n'est pas adapté au langage courant de l'enfant.

La prise en charge peut s'effectuer à plusieurs niveaux (psychoéducation, thérapie de soutien, TCC, traitement médical prescrit par pédopsychiatre) [2]. Dans notre série 48,3% des enfants bénéficiaient d'une psychoéducation et 48,2% de la thérapie de soutien.

6.2 Trouble de langage et d'apprentissage :

La maîtrise du langage est fondamentale pour le développement de la personnalité de l'enfant, de son parcours scolaire, de son intégration sociale et de sa future insertion professionnelle. Le diagnostic du trouble de langage se base sur la classification DSM-IV ou bien CIM -10(annexe 2,3) [78].

6.2-1 Caractéristiques générales

Le tableau suivant montre Les caractéristiques générales de ce trouble en comparaison avec la littérature : [79]

Tableau XXVIII: comparaison des caractéristiques générales du trouble de langage

auteurs	Prévalence	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexe-ratio H/F	La tranche d'âge la plus fréquente	N
GHANI .M. (Fès. 2016-2017)	-	21cas	11cas	1,9	-	32
Sonia Missaoui.AL. (Tunisie 2014)	32%	96 cas	84cas	1,14	8-13ans	287
Notre série (2013-2016)	15%	31cas	14cas	2,22	7_12ans	45

En effet, les prévalences de tous les troubles des apprentissages sont assez rares, vu que ces troubles sont étudiés de façon individuelle.

Ainsi que, l'OMS dans son rapport(2001) sur la santé mondiale précise que la prévalence réelle des troubles spécifiques des apprentissages est encore mal connue, mais elle pourrait se situer aux alentours de 4% chez les enfants d'âge scolaire [80]. D'autres chiffres beaucoup plus élevés sont rapportés dans la littérature : selon L. Vaivre-Douret entre 2 et 10% en France [81] et selon Cuvellier et coll. Jusqu'à 20% de la population infantile [82].La prévalence trouvée dans notre série se situe à la limite de ce qui est décrit par la littérature.

Par la suite, nos statistiques montrent que le sex-ratio diffère de celui de notre groupe par rapport à celui des autres pays : dans notre série il est situé aux alentours de 2, alors qu'en France il est 3 à 4 fois plus fréquent chez les garçons [83], Cependant en Tunisie ces troubles sont décrits comme étant égaux chez les filles et chez les garçons.

6.2-2 facteurs favorisants :

Tableau XXIX:facteurs favorisants du trouble de langage

Auteurs	Niveau socio-économique bas	Parents séparé	Analphabétisme Des parents	N
Sonia Missaoui. Et Al. (Tunisie 2014)	55%	10%	20%	287
Notre série (2013-2016)	48,9%	8,9%	29%	45

La plupart des enfants porteurs de trouble de langage et d'apprentissage sont issus d'un niveau socio-économique bas. Nos résultats sont semblables aux données de la littérature, selon lesquelles les troubles des apprentissages seraient plus fréquemment rencontrés chez les enfants des classes défavorisées [83, 84].

Les troubles spécifiques de langage et d'apprentissage représentent la principale cause de l'échec scolaire, [79]. En conséquent, il faut établir un diagnostic précoce, pour mener une rééducation orthophonique adaptée à ces troubles [40].

Dans notre série la rééducation orthophonique a été faite dans 82,2% cas, et la psychoéducation dans 31,1%. Permettant d'améliorer les acquisitions scolaires et de préserver l'avenir académique, affectif et social de l'enfant

6.3 Difficulté scolaire et ou relationnelle :

Selon Dahir n°1-63-071 paru en 1963, l'enseignement est devenu une obligation pour tous les enfants marocains [86]. Malgré cela l'absentéisme est fréquent dans nos établissements scolaires. Les causes de ce phénomène sont multiples : sociales, économiques, familiales, médicales ... En effet, certains enfants manquent l'école car elle suscite chez eux une angoisse [87].

6.3-1 Caractéristiques générales :

Actuellement la prévalence du refus scolaire pose question. Par convention, les auteurs estiment que la fréquence du refus scolaire se situe entre 1 à 5 %. Cependant, ces chiffres ne s'appuient pas sur des études épidémiologiques du phénomène. [91].

Quelques prévalences décrites dans la littérature sont mentionnées dans le tableau suivant [88, 89, 90,93]

Tableau XXX: comparaison des caractéristiques des difficultés scolaires

Auteurs	La prévalence du refus scolaire	N
Nair et al. 2013	4,8%	Population générale
Sueveg, Aschenbrand, & Kendall, 2005	8%	Population clinique
Egger, Costello, & Angold, 2003	2,1%	Population générale
Suzuki, 1990	60 à 70%	-
European Association Of Special Education	14 à 26%	-
Notre série	31%	43

Puisque chaque pays possède son propre système éducatif, on trouve différentes prévalences de difficultés scolaires.

Dans notre échantillon 76,7% des enfants qui se sont présentés à la consultation pour refus scolaire sont âgés de 7 à 12ans. Tandis que dans la littérature, la majorité des études portent sur des adolescents (entre 11-19 ans) ou sur des enfants et adolescents (entre 5-18 ans). [92,140].

Le tableau ci-dessous montre la comparaison de la prévalence du sexe selon la littérature [94, 95,96] :

Tableau XXXI: comparaison de sexe de difficulté scolaire

AUTEUR	Sexe masculin	Sexe féminin	N
LACHTAR. (Tunisie. 1987)	62%	38	100
DAKHLIA. (Tunisie.2000)	56%	44%%	188
Abassi. (Maroc ,2009)	68%	32%	100
Notre série (2013-2016)	67,4%	32,6%	43

6.3-2 Facteurs favorisants

Dans notre étude nous avons remarqué que la plupart des enfants en difficulté scolaire étaient issus d'un niveau socio-économique bas (54,8%), le même resultat était noté par de nombreux auteurs [96, 97,98],

La vie scolaire de l'enfant est influencée non seulement par le niveau intellectuel et socio-économique des parents, mais aussi par la situation familiale [99,100]. Dans notre série 14% des écoliers avaient des parents divorcés. On a noté aussi la présence de corrélation très significative entre ce trouble et la maltraitance ($p=0,000$).

6.3-3 Prise en charge

Le rôle du psychologue a été élucidé dans l'étude de Torrens Armstrong et al. 2011 dans la prévention et le dépistage des phobies scolaires par la mise en place d'une TCC [101, 102,103].

Dans notre étude la psychoéducation avec guidance familiale a été utilisé dans 39,5% des cas et la psychothérapie de soutien dans 55,7% des cas.

6.4 Troubles anxieux :

6.4-1 définition

« L'anxiété dans la classification DSM-5 renvoie à des éléments émotionnels, qui sont accompagnés de sensations corporelles (maux de ventre, tremblement, sueurs) et éventuellement cognitifs (peur de la mort des parents par exemple...), [105].

6.4-2 caractéristiques générales

Dans la population générale, les troubles anxieux sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. La plupart des études trouvaient un sex-ratio de 1,5 à 2 en faveur des femmes, ces différences selon le sexe apparaissent très tôt, dès l'âge de 5 ans [106].

Les résultats de notre étude rejoignent ceux de la littérature (51,3% de filles, versus 48,7% des garçon avec un sex-ratio de 1,05).

Tableau XXXII:comparaison de la prévalence du trouble anxieux

auteurs	prévalences
Costello EJ, 2005 [104],	8 à 30% des enfants de 6 à 16 ans
Rappe et al, 2009[107].	5% des adolescents
Canino et al, 2004[108]	7,9% à11, 4% de 4 -17ans
Notre série 2013-2016	13%

6.4-3 facteurs de risques

Des études sur l'anxiété chez l'enfant trouvent une variabilité de 30 à 40% attribuable à l'hérédité en ce qui concerne les symptômes et les troubles (Gregory & Eley, 2007). [107,109].Dans notre série 5,2% des enfants avaient des troubles anxieux et avaient des antécédents d'anxiété chez les parents (mais pas de corrélation significative p supérieur à 0,05).

Pour la plupart des auteurs, le facteur d'hérédité a plus d'intérêt dans le déclenchement de trouble chez l'enfant que l'environnement familial [106]. Toutefois, certains travaux prouvent que les enfants anxieux subissent davantage d'événements négatifs que les enfants non-anxieux, mais ils ne prouvent pas nécessairement que ces événements entraînent ou déclenchent leur anxiété. [110] Dans notre série 17,9% des enfants avaient des conflits familiaux sans présence d'une relation significative ($p=0,132$) comme facteur déclenchant.

6.4-4 prise en charge :

La prise en charge psychologique des troubles anxieux comporte plusieurs volets et se base sur la :

- la psychoéducation (guidance),
- TCC (thérapie cognitive-comportemental),
- thérapie de soutien,
- approche psychanalytique..... [111]

Dans notre étude c'est surtout la guidance qui a été effectuée auprès de 48,3% des enfants anxieux.

Dans la littérature ces méthodes de prise en charge montrent un taux de guérison de 50% à 60% à la fin du traitement et atteignent 70% à 80% dans les 12 mois suivants la fin du traitement (James et al, 2006) [111]. Quelques études montrent un maintien des gains thérapeutiques 6 à 8 ans après la fin du traitement (p. ex. Kendall et al, 2004) [112]. Dans notre série 81,1% des cas ont présenté une amélioration sous la psychoéducation et thérapie de soutien après quelques mois.

7. Psychothérapie infantile :

Les psychothérapies sont des traitements non médicamenteux, à visée psychique, obéissant à des règles et ayant fait leurs preuves. Il s'agit de fait de modalités relationnelles avec un professionnel, qui s'appuie sur une technique référée à une théorie du fonctionnement psychique, pour mobiliser les capacités autothérapeutiques du sujet. [11] Ces thérapies changent selon l'âge et nécessitent des canaux différents de communication (ex : Chez le jeune enfant il est préférable d'utiliser le jeu comme outil de travail).

7.1 Psychothérapie de soutien individuelle

La psychothérapie de soutien est considérée efficace face au traitement médical. Elle est appelée thérapie minimale polyvalente au regard des autres psychothérapies spécialisées (psychanalyse, thérapie cognitivo-comportementale) [11].

La psychothérapie de soutien permet d'éclairer la réflexion du patient sur la vie courante, en lui interrogeant sur les relations actuelles en particulier la dynamique familiale.

Elle repose sur cinq leviers principaux :

- **L'écoute** : permet de soulager le patient par l'intermédiaire de l'évacuation des tensions internes. De plus écouter quelqu'un exerce, chez lui, un effet renarcissant, car il lui est signifié de fait l'importance de ce qu'il dit. [161]
- **L'investissement** : En d'autres termes l'alliance thérapeutique est un élément clef de la thérapie, ce qui pose la question des capacités d'empathie du thérapeute.
- **Travail de mentalisation** : faire travailler la pensée du patient Ce travail a pour fonction de rendre les émotions « psychiquement intégrables » en les incluant dans des chaînes associatives qui en feront un matériel psychique « détoxiqué ». [161]
- **La redéfinition** : elle complète le travail de mentalisation, avec des explications soit trouvées par les patients ou bien proposées par le thérapeute sur le mode : « ceci me fait penser à cela ». [161]

Il n'y a pas là une quête de vérité objective, mais des propositions théoriques visant à être opérantes, parce qu'elles introduisent une logique, une cohérence et une donc forme de réassurance dans ce qui est évoqué.

- **Une relation sécurisée** : La thérapie proposée doit constituer de fait une base de sécurité. Elle le fait par l'étayage narcissique et l'étayage de l'identité. Elle peut le faire aussi en misant sur le sentiment d'appartenance à une communauté ou à un groupe. [161]

Selon plusieurs auteurs, la thérapie de soutien est un " paradigme" utilisé pour traiter une majorité des patients souffrant de troubles psychiques (Misch 2000, Van Marle et al. 2002) [148]. Dans notre série, elle est la technique la plus utilisée (56% descas).

7.2 Psychoéducation (guidance parentale :

La guidance parentale est une méthode relativement récente dont le principal précurseur fut S. Lebovici. C'est un terme d'origine anglaise, il a été introduit en français à partir des années 1950 [114]. Elle s'adresse aux parents qu'elle considère comme cothérapeutes dans la résolution des difficultés de leurs enfants. [131].

Ce programme éducatif va contribuer au développement de certains comportements adaptés chez les parents comme :

- L'établissement des règles pour l'enfant ;
- Le renforcement positif des bons comportements ;
- La sanction de façon cohérente et mesurée ;
- La négociation des compromis et des comportements éducatifs [131]

La guidance parentale désigne l'aide apportée par des professionnels à des parents en difficulté face à :

- Des situations externes à la famille (ex : l'agression d'un enfant) ;
- Des situations internes à la famille (mort, précocité intellectuelle, maladie psychique, handicap, adoption d'un enfant, échec scolaire, jalousie, etc.).
- Des problèmes familiaux (séparation, divorce, etc.).

- Des problèmes éducatifs (problèmes d'autorité, difficultés d'un parent seul, violence, etc.)[147].

La force principale de ce type de programme s'appuie sur les propositions éducatives très établies, accessibles pour les familles frustrées ou en grandes difficultés psychosociales.

Le tableau ci-dessous montre l'efficacité des psychothérapies et de la psychoéducation, soulignée aussi bien par la littérature que notre étude dans les troubles de l'enfant et de l'adolescent: [131, 132, 133, 134,135]

Tableau XXXIII:comparaison du trouble de psychoéducation

auteurs	N	Age	Technique utilisée	Résultats
Kazdin et al. (1992, US)	97	7-13ans	Thérapie cognitive et programme d'éducation parental	L'association des deux approches est supérieure à chaque approche indépendante
Serketich et al. (1996, US)	1039	Moyenne 6ans	Programme d'éducation parental	Efficacité à court terme (2 mois - un an) sur le comportement à la maison et à l'école
Scott et al. (2001, GB)	90		Groupes d'éducation parentaux	Programme>>liste d'attente
Woolfenden et al. (2002, GB)	749	10-17ans	Intervention familiale et parentale (thérapie multi systémique)	Réduction des indicateurs de délinquance et du temps passé en institution
Notre série (2013-2016)	300	3-17ans	La guidance parentale	Amélioration avec réduction du taux des troubles de comportement et échec scolaire et troubles anxieux

7.3 Approche psychanalytique et technique de relaxation :

Dans notre série, l'utilisation de l'approche psychanalytique a été faite auprès de certains enfants et adolescents associée à la relaxation. La technique repose sur le training autogène de H. Schultze (1932) : technique progressive et segmentaire qui allie une concentration mentale et une détente musculaire en interrogeant successivement chaque partie du corps, du plus connu au plus profond : bras, jambes, fessiers, dos, nuque, généralisation, c'est-à-dire moment où le corps est proposé senti comme « un tout », puis découverte du rythme respiratoire, de la chaleur – là il s'agit de l'intérieur du corps – et enfin détente du visage, des yeux et du front.[162]

L'indication touchera aussi bien des enfants ou adolescents dont les troubles s'inscrivent manifestement dans le corps : troubles psychomoteurs, agitation et hypercinésie, difficultés graphiques, hypertonicité, somatisations (migraines en particulier).



Conclusion



Notre travail montre l'importance de la demande de la consultation psychologique des enfants et des adolescents qui souffrent de troubles de comportements, des difficultés scolaires ,des troubles anxieux,des troubles de langage et d'apprentissage et d'autres troubles, dans l'unité de consultation psychologique de l'hôpital Ibn nafis au CHU Mohamed VI de Marrakech .

Les resultats de cette étude illustre le travail colossal et efficace des psychologues de cette institution dans le diagnostique, le bilan psychologique et la prise en charge psychothérapeutique de ces troubles.

Ce travail se fait dans un cadre multidisciplinaire, puisque les deux psychologues de l'hôpital travaillent en collaboration avec d'autres spécialistes d'enfant et d'adolescent : pédopsychiatres, pédiatres, psychomotriciens, orthophonistes, et aussi avec des associations oeuvrant dans ce domaine.

Le fruit de ce travail est important, vu le taux d'amélioration clinique observé, auprès des enfants et des adolescents pris en charge régulièrement par les psychologues.

Malgrès tous ces efforts fournis par les psychologues de cette institution en face d'une demande accrue, d'une prise en charge d'une souffrance réelle d'une population jeune, vulnérable et en plein développement, leur intervention reste incomplète en raison de l'absence d'une structure pédopsychiatrique au sein du CHU Mohamed VI ,qui devrait contenir toutes les unités pour une prise en charge intégrée et globale de ces patients en souffrance ; en conclusion le projet d'un centre spécialisé pour enfant et adolescent, incrit dans le projet d'établissementdu CHU Mohamed VI, en esperant qu'il verra le jour,vu l'urgence et le manque de telle structure dans toute la région Marrakech-Safi .



Résumés



RESUME

Introduction : la psychologie de l'enfant est une entité séparée par les particularités suivantes : la symptomatologie, la démarche diagnostique et thérapeutique. Le présent travail a pour objectif de faire une description des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la consultation psychologique, de citer les différents tests utilisés pour établir les troubles, de traiter la spécificité de certains diagnostics qui sont les plus rencontrés au cours de la consultation et finalement d'élaborer l'efficacité de la prise en charge.

Matériel et méthodes : Nous avons adopté une étude transversale rétrospective, qui s'étale sur une période de 4 ans (de 2013 à 2016), en étudiant 300 dossiers de consultation psychologique de l'hôpital Ibn nafis.

Résultats et discussion : Dans ce travail que : Les troubles psychologiques touchent particulièrement les garçons (61,7%) qui sont âgés de 7ans à 12ans (56,7%), d'origine urbaine (75,7%), dont les parents ayant des niveaux socioéconomiques bas (47,5%), moyen (46,7%), L'enfant est accompagné souvent par la maman (67,7%); Pour un trouble de comportement (24,7%), des problèmes scolaires (31,3%), des troubles de langage (21,3%), troubles anxieux (5,3%) et des troubles somatiques (5%).... Parmi les facteurs qui peuvent entraîner l'apparition des troubles psychologiques chez l'enfant, nous citons: l'analphabétisme des parents (père 24,3%, la mère 27,7%), la maltraitance (9,8%), et les antécédents familiaux (8% des parents porteurs de dépression, et 4,7% des parents porteurs de troubles anxieux). Dans cette étude plusieurs tests ont été utilisés : WISC (40%), Figure de Rey (29,7%), NEMI-2 (7,3%), Reversal test (2,7%), T.A.T test (5,7%), RORCHACH (4%), dessin (67,3%). Le traitement en psychologie se base essentiellement sur la psychoéducation (39,4%) et la psychothérapie de soutien 57,6%. L'amélioration est observée dans 83% des cas

Conclusion : notre travail montre l'efficacité de la prise en charge des psychologues face à la demande de consultation psychologique qui est en recrudescence continue et qui doit être sollicité par la création en urgence d'un centre de pédopsychiatrie dans le projet d'établissement du CHU Mohamed VI.

ABSTRACT

Introduction: The psychology of the child is an entity separated by the following particularities: the symptomatology, the diagnostic and therapeutic approach. The present work aims at describing the socio-demographic and clinical characteristics of the psychological consultation, to quote the different tests used to establish the disorders, to treat the specificity of certain diagnoses that are most often encountered during the consultation and finally to elaborate the effectiveness of the prayer in charge

MATERIAL AND METHODS: We adopted a retrospective cross-sectional study, which spans a period of 4 years (from 2013 to 2016), by studying 300 psychological consultation files of Ibn nafis hospital.

Results and Discussion: In this work that: Psychological disorders particularly affect boys (61.7%) who are 7 years old to 12 years old (56.7%), of urban origin (75.7%), whose parents with low socioeconomic status (47.5%), medium (46.7%), child is often accompanied by mother (67.7%), behavior problems (24.7%), school problems (31.3%), language disorders (21.3%), anxiety disorders (5.3%) and somatic disorders (5%) Among the factors that can lead to the appearance of psychological disorders in children, we cite: parental illiteracy (father 24.3%, mother 27.7%), maltreatment (9.8%), and family history (8% of parents with depression, and 4.7% of parents with anxiety disorders). In this study several tests were used: WISC (40%), Rey Figure (29.7%), NEMI-2 (7.3%), Reversal test (2.7%), TAT test (5.7%). %, RORCHACH (4%), drawing (67.3%) Psychological treatment is mainly based on psychoeducation (39.4%) and psychotherapy 57.6%. Improvement is observed in 83% of cases

Conclusion: our work shows the effectiveness of the management of psychologists in response to the request for psychologist consultation which is in continuous upsurge and which must be solicited by the urgent creation of a center of child psychiatry in the project of establishment of the Mohamed VI Teaching Hospital

ملخص

مقدمة: علم نفس الطفل، يشكل وحدة مستقلة في حد ذاتها من حيث الخصائص التالية: دراسة علم الأمراض، منهجية التشخيص والعلاج.

نرتأى من خلال عملنا هذا إلى: وصف الخصائص السوسيوثقافية والسريرية للإشارة النفسية، إبراز مختلف الاختبارات المستعملة لتحديد الاضطرابات، معالجة خصائص بعض الشخصيات التي تمت مصادقتها خلال الإشارات النفسية، وأخيرا عرض فعالية الرعاية النفسية.

مرض ووسائل: اعتمدنا دراسة عرضية استعادية تمتد ما بين 2013-2016، والتي شملت 300 ملفا مأخوذة من وحدة الاستشارة النفسية لمستشفى ابن النفسي.

النتائج والمناقشة: الاضطرابات النفسية تصيب خاصة الذكور (27,7%) المتراوح أعمارهم بين 7 و 12 لسنة (56,7%) والمنحدرين من الوسط الحضاري (75,7%) ذوي آباء ينتمون إلى الفئات الاجتماعية، ذات المستوى الضعيف (47,5%) وذات المستوى المتوسط (46,7%)، تتم في أغلب الحالات مرافقة الأم للأطفال بنسبة (67,7%) بسبب الأعراض التالية: الاضطرابات السلوكية (24,7%) المشاكل الدراسية (31,3%) الاضطرابات اللغوية (21,3%)، الإضرابات العضوية 5% والخوف المرضي 5,3% وغيرها...

من بين العناصر المسببة لظهور الاضطرابات النفسية عند الطفل يمكننا أن نذكر: الأمية في صفوف الآباء (الآباء 24,3%، الأمهات 27,7%)، سوء معاملة الطفل 9,8%، وكذلك السوابق الأسرية (الاكتئاب بنسبة 84,7% والقلق المرضي 4,7%).

في هذا العمل عدة اختيارات استعملت: وسك (40%)، فكيردوري 29,7%، نكي 2- (7,3%)، رفرسال تشتت تست (5,7%)، رورنشات 41% الرشم 67,3%M.

العلاج في علم نفس الطفل يركز أساسا على التنقيف الأبوي 39,4% أو الدعم النفسي (57,6%) ويلاحظ التحسن في (83% من الحالات).

لقد أظهر عملنا فعالية إدارة علماء النفس، في الاستجابة للطلاب للمشورة النفسية والتي هي في تصاعد مستمرة والتي يجب أن يتم تعزيزها بإنشاء مركز للطب النفسي للأطفال من خلال إنشاء مشروعية ضعف CHU محمد الخامس.



Annexes



Annex1 :

Introduction

Âge :

3-6ans 7-12ans adolescent

Sexe :

Féminin masculin

Situation familiale:

Abandonné parents divorcés maman célibataire mort de l'un
des parents normale (parents présents) l'un des parents en voyage

Niveau socio-économique:

Bas moyen élevé

Mode de résidence:

Rural urbain

1^{er} consultation

Accompagné par:

Père maman autres si autre sa relation avec
l'enfant

.....
.....

Adressé par :

École famille autres.....

Motif de consultation

.....
.....

Petite enfance

Déroulement de la grossesse :

Normale pathologique

Accouchement:

Voie basse césarienne épisiotomie

Développement psychomoteur:

Retard d'acquisition normale

Mode de garde:

Parents grands parents crèche nounou
autre.....

ATCDs pathologiques de l'enfant:

Oui non si oui quelle
pathologie.....

Environnement familiale

Fratrie

Unique nombre de sœurs..... nombres de frères
.....

Parents:

Profession du père.....nationalité.....niveau
d'étude.....

Profession de la mère.....nationalité.....niveau
d'étude.....

Présence de maladie chez l'un des parents :

Non oui si oui
laquelle.....

Scolarité de l'enfant :

Pré scolarité primaire secondaire activités extrascolaires

.....

Rendement scolaire

Faible moyen élevé

Personnalité de l'enfant

Comportement au sein de la famille:

Normale colère opposition agressivité désobéissance

Attraction vers l'un des parents isolement agitation

Comportement à l'école:

Joue seule oublie ne joue pas violence contre les amis

Instabilité joue normalement avec les pairs. Préférence des garçons

préférence de fille instabilité n'aime pas l'école vols des affaires

Sommeil :

Normale insomnie hypersomnie somnambulisme

Addiction au moyen de communication oui non

Comportement alimentaire :

Affamé anorexie appétit conservé

Informations complémentaires :

.....
.....
.....

Bilan psychologique

Tests psychologiques :

1. Les épreuves cognitive-intellectuelles :

- Échelles d'intelligence (QI) : échelle de Wechsler (WISC III)
- figure de REY
- Reversal test (Stockholm)
- NEMI test

2. Les épreuves projectives et/ou tests de personnalité qui s'intéresseront davantage à la sphère affective de l'enfant

- les épreuves projectives (RORCHACH)
- T.A.T test

3. autres tests

- Dessin de famille
- Test d'écriture et test de lecture de MAYA

Examens et bilan demandés :

1. Principaux

- Bilan orthophonique
- Bilan psychomotricien
- Examen pédopsychiatrique

2. Autres bilans demandés

- Bilan ophtalmologique
- Bilan ORL
- Bilan pédiatrique

Les troubles psychologiques :

- déficit de l'attention et ou hyperactivité
- Des problèmes de comportements (*agitation, agressivité, inhibition, ennui, isolement, retrait social, mal être...*)
- Des difficultés scolaires et/ou relationnelles (*parents, groupe de pairs, professeur.*)
- Une anxiété et un stress d'origines variées (*angoisse de séparation, anxiété de performance...*)
- troubles de langage et des apprentissages (*dyslexie, dysorthographe...*)
- déficit intellectuel
- TSA
- dépression et conduites suicidaires
- TOC
- énurésie isolée
- RPM et de langage
- IMC

Modalités thérapies utilisées :

- La guidance parentale
- Approche Psychanalytique
- Psychothérapie de soutien

Les rééducations :

- Rééducation orthophonique
- Rééducation psychomotricienne
- Kinésithérapie motrice

Autres

- Traitement médicale

La prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'hôpital ibn nafis

Lettre de sensibilisation

Mesures hygiéniques

Fréquence des séances de thérapie :

.....

Évolution :

Amélioration aggravation stabilité clôture de dossier

Suivi :

Bien suivie ne se présente pas après quelques séances mal suivie

Référence :

Pédopsychiatre association Med VI

Pédiatre ORL

CLIS Autres spécialité

Annexe 2: [78]

Le DSM-IV

CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition.

Trois syndromes et leurs critères diagnostiques sont définis dans le chapitre "troubles de la communication" du DSM-IV :

	Trouble du langage de type expressif	Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif	Trouble phonologique
A	Les scores obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités d'expression du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales d'une part, de ceux obtenus par des mesures standardisées du développement des capacités réceptives du langage d'autre part. La perturbation peut se manifester sur le plan clinique par des symptômes tels que : vocabulaire notablement restreint, erreurs de temps, difficultés d'évocation des mots, difficultés à construire des phrases d'une longueur ou d'une complexité appropriées au stade de développement	Les scores obtenus sur des mesures standardisées du développement des capacités expressives et réceptives du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales. Les symptômes incluent ceux du trouble du langage de type expressif ainsi que les difficultés à comprendre certains mots, certaines phrases ou des catégories spécifiques de mots comme les termes concernant la position dans l'espace.	incapacité à utiliser les phonèmes normalement acquis à chaque stade du développement compte tenu de l'âge et de la langue du sujet (par exemple, erreurs dans la production des phonèmes, leur utilisation, leur représentation ou leur organisation ; cela inclut, de manière non limitative, des substitutions d'un phonème par un autre, ou des omissions de certains phonèmes, comme ceux en position finale).
B	Les difficultés d'expression interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.	Les difficultés d'expression et de compréhension du langage interfèrent avec la réussite	Les difficultés dans la production des phonèmes interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication

		scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.	sociale.
C	Le trouble ne répond pas aux critères du trouble de langage de type mixte réceptif-expressif, ni à ceux d'un trouble envahissant du développement.	Le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement.	S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.
D	S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.	S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent habituellement celles associées à ces conditions.	

Annexe 3 : [78]

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes

La CIM-10 définit les "troubles spécifiques du développement de la parole et du langage" comme des troubles dans lesquels les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, des anomalies de l'appareil phonatoire, des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement.

Trois syndromes sont décrits :

Troubles spécifiques de l'acquisition de l'articulation

L'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal.

Trouble de l'acquisition du langage de type expressif

Les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental, mais la compréhension du langage se situe dans les limites de la normale. Le trouble peut s'accompagner d'un trouble de l'articulation.

Trouble de l'acquisition du langage de type réceptif

Les capacités de l'enfant à comprendre le langage sont inférieures au niveau correspondant à son âge mental. Dans la plupart des cas, le versant expressif est, lui aussi, nettement perturbé et il existe habituellement des troubles phonétiques. Cette classification est complétée par deux catégories : autres troubles du développement de la parole et du langage, troubles du développement de la parole et du langage sans précision. L'aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner) est considérée à part.



Bibliographie



1. **Michèle Emmanuelli.**
L'examen psychologique en pratique clinique : les apports de la théorie psychanalytique
Cazaubon. 2003/5 (n° 82).p44 **DOI : 10.3917/lcp.082.0015**

2. **D. Purper-Ouakil, M. Wohl, S. Cortese d, G. Michel, M.-C. Mouren**
Le trouble déficitaire de l'attention hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent.
Annales Médico Psychologiques 164 (2006) 63-72.

3. **Mash EJ, Barkley RA**
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child Psychopathology.
New York: Guilford Press, 1996; 63-112.

4. **Dr. Mark A. Riddle et AL.**
"The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study" (PATS) 6-Year Follow-up.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013 Mar; 52(3): 264278.e2.
Doi: 10.1016/j.jaac.2012.12.007

5. **wikipédia**
[En ligne] disponible sur https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychologie_de_l%27enfant
[Consulté le 9/06/2018]

6. **A.Andronikof, P.Fontan**
L'examen psychologique de l'enfant pratique et déontologique
Elsevier Masson SAS. France 2014 .62 :403-407.

7. **Raphaële Miljkovitch & Martine de Lajudie.**
Psychopathologie : l'enfant et l'adolescent .2017 .p242

8. **Saber HAMROUNI, Najoua MOUALLA et Yessine ARFA**
La psychologie du développement humain : la psychologie de l'enfant .2016 .p42

9. **Antoine Bioy, Association de Psychopathologie et Psychologie Médicale, Maximilien Bachelart, Christelle Bénony, Hervé Bénony et al.**
L'Aide-mémoire de psychologie médicale et psychologie du soin.
Dunod. Mars 2012.p372

10. Annick O hayon.

Histoire de la psychologie clinique en France. Fondements et premières esquisses. Colloque Actualité de la psychologie clinique. Une histoire en devenir.
Nov. 2014, Villeteuse, Paris, France. <Hal-01114294>.

11. M.Boucebci.

Aspects du développement psychologique de l'enfant au Maghreb.
*Santé mentale au Québec.*1993.18(1), 163-178.

12. Othman S, Bouden A, Halayem S, Abbas Z, Halayem MB.

Profil d'une population de consultants en pédopsychiatrie et accès aux soins selon le genre.
Tunis Med; 2010; 88(9):646-50.

13. F. Charfia, R. Fakhfakh, I. Hadhri, A. Harrathi, A. Belhadj, M.B. Halayem, A. Bouden

Clinical and sociodemographic profile of outpatients in a department of child and adolescent psychiatry in Tunisia Service.
Elsevier Masson SAS. 2015, 63:116-123.

14. Hanan Hussein, M.D., Ph.D. Nermin Shaker, M.D., Ph.D. Mona El-Sheikh, M.D., Ph.D. Hisham

*Pathways to child mental health services among patients in an urban clinical setting in Egypt.**Psychiatr Serv.*
*ps.psychiatryonline.org.*2012; V63 (n°12):1225-30.

15. M.Wiss, P. Lenoir, J. Malvy, M.Wissocq, C. Bodier

La pédopsychiatrie de consultation-liaison-intrahospitalière : étude prospective sur 215 interventions.
*Elsevier SAS. Renne. Archives de pédiatrie.*2004, 11:4-12.

16. Sabrina El-Faiz

Accès aux soins de santé a chaque milieu social sa maladie
Leconomiste [en ligne] .Édition N° :4613 le 22/09/2015
Disponible sur : <http://www.leconomiste.com/article/977534-acces-aux-soins-de-santea-chaque-milieu-social-sa-maladie>

17. rapport du conseil économique social et environnemental

Les soins de santé de base : vers un accès équitable et généralisé.
Saisine n° 4 / 2013.
Conformément à la loi organique n° 60-09 relative à la création du Conseil Economique et Social et à son règlement intérieur ;

18. University of Michigan 1968

Portrait de Jean Piaget [image en ligne]

https://fr.wikipedia.org/wiki/Jean_Piaget#/media/File:Jean_Piaget_in_Ann_Arbor.png

[consulté le 20 /05/2018]

19. Roberta A. Olson, E. Wayne Holden ,Alice Friedman, Jan Faust ,Kenning, Patrick

Psychological Consultation in a Children's Hospital: An Evaluation of Services.

Journal of Pediatric Psychology. 1988, 13(4):479-492.

20. Reigstad B, Jorgensen K, Wichstrom L.

Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992-2001.

Soc Psychiatry Psy-chiatr Epidemiol 2004; 39(10):818-27.

21. Le Galudec M, Richard Y, Saint-André S, Garlantézec R, Lazartigues A.

Les demandes de consultation en pédopsychiatrie : étude descriptive sur cinq années dans un service universitaire.

Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2011;59:1-7.

22. Rahma Bourqia

Valeurs et changement social au Maroc.

Quaderns de la Mediterrània, 2010 ; 13: 105-115

23. Elizabeth Brown 2007

Les contributions des pères et des mères à l'éducation des enfants

Revue française des affaires sociales .n°1 :166. ISSN en ligne : 2111-4358.

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-1-page-127.htm>

24. le dico des définitions.2011

Définition de la psychologie. [En ligne] <http://lesdefinitions.fr/psychologie>

25. Élisabeth Levy

Rôles et fonctions du pédopsychiatre et du psychologue, en CMP, en privé, en institution.

Mt pédiatrie. paris.2005, 8(1) :

26. Annick Ohayon du même auteur

La psychologie clinique en France. Éléments d'histoire.

Connexions. 2006,1 (n°85) :192. DOI : 10.3917/cnx.085.0009.

27. Ernest W. Burgess

L'étude du délinquant en tant que personne.

Déviance et Société. 2003/2 (Vol. 27) Pages : 226. DOI : 10.3917/ds.272.011.

Éditeur : Médecine & Hygiène <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2003-2-page-111.htm>.

28. David L. Witmer Jr.

June 28, 1867 Philadelphia, Pennsylvania, U.S. [image en ligne]

https://ipfs.io/ipfs/QmXoyvizjW3WknFjInKLwHCnL72vedxjQkDDP1mXWo6uco/wiki/Lightner_Witmer.html [consulté 14/05/2018].

29. Annabelle. 2015

Quelle est la différence entre un psychologue et un psychiatre

Psychologue .net [en ligne] disponible sur : <https://www.psychologue.net/questions/quelle-est-la-difference-entre-un-psychologue-et-un-psychiatre>. [Consulté le 14 /05/2018].

30. G. Cognet

Psychologie de l'enfant. [En ligne] disponible sur : [file:///C:/Users/poste/Downloads/3-%20Freud%20Stades%20du%20d%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/poste/Downloads/3-%20Freud%20Stades%20du%20d%20(1).pdf)

31. cours : Renaud MICHEL

*Psychologie du développement : de la naissance à l'adolescence.
Université Paris Descartes. 2009.11-37*

32. Piaget j

Mes idées. [Propos Recueillis par P. Evans],

Paris: Denoël/Gonthier, 1977, 184 p., coll. Médiations (p .67-78)

33. B .sarrazy

Le développement cognitif selon jean Paget.

Département de science de l'éducation Université Victor Segalen bordeaux 2. P : 01-07

34. Marianne Woollven

*L'orthophoniste et les troubles du langage écrit : une profession de santé face a l'école,
E.N.S.Editions 2015/1 (n°=190).p140*

35. ordre d'orthophoniste et audiologiste du Québec

Relativement au projet de loi no 10

*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux
notamment par l'abolition des agences régionales. octobre 2014*

- 36. Atelier animé par Eric Willaye, PhD,**
Analyse fonctionnelle du comportement.
Le Bulletin scientifique de l'arapi – numéro 29 – été 2012.02-09
- 37. American Psychiatric Association, 1980.**
Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM III, Washington.
- 38. American Psychiatric Association, 1994.**
Diagnostic and statistical manual of mental disorders — revised. DSM IV, Washington.
- 39. CIM 10/ICD 10, 1993.**
Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement.
Masson, Paris.
- 40. mémoire ghani Manar.**
LA DYSLEXIE DANS LE CONTEXTE MAROCAIN : Spécificités clinique, conséquences émotionnelles et comportementales (étude transversale à propos de 32 cas).
Faculté de médecine de Fès .2017.N°110
- 41. C. Bursztejn**
Les troubles du comportement chez l'enfant: approche nosographique et psychopathologique
Elsevier Masson SAS.2006. 12:417-436.
- 42. Roland Claverie**
Evaluation et remédiation en psychologie
ECPA Pearson France. Catalogue 2018 [en ligne] disponible sur
file:///C:/Users/poste/Documents/trouble%20anxieux/CATALOGUE_ECPA-
FRANCE%202018_WEB.pdf
- 43. American Psychiatric Association.**
Diagnostic and statistical manual of mental disorder – 5th ed. Washington, DC: Author; 2013.
- 44. Simone Pisano, Pietro Muratori², Chiara Gorga, Valentina Levantini, Raffaella Iuliano⁴,
Gennaro Catone, Giangennaro Coppola¹, Annarita Milone² and Gabriele Masi² .**
*Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: aetiology, clinical
presentation and treatment strategies of callous-unemotional traits*
Italian Journal of Pediatrics (2017) 43:84 DOI 10.1186/s13052-017-0404-6

45. Anelise Fredenrich–Mühlebach

Le test de rorschach, un outil de diagnostic de la personnalité.

April 2016 [en ligne] disponible sur : <https://www.researchgate.net/publication/299977804>
[consulté le 18/05/2018]

46. G.LEFEVERE – C. GALBIATI CHU BICETRE avec la participation de A. MAUROUARD, M. GAUTHIER,

Passation reversal test–Geppe

CHU Bicêtre –septembre 2007 :02–09

47. George congnnet. Delphine Bachelier 2017

Clinique de l'examen psychologique de l'enfant et adolescent.

2ème édition. Dunod. P480. Les outils du psychologue

Disponible sur : <https://www.ecpa.fr/psychologie-clinique/test.asp?id=1391>

48. Barbot, B.

Capacités concrètes, facteurs non intellectifs et observation clinique du WISC3 au WISC4. Le journal des psychologues, 253, 39–42. (2008).

49. Jumel, B.

Guide clinique des tests chez l'enfant : WISC–IV, Matrices progressives de Raven: WI

Matrices progressives de Raven, EDEI, Figure complexe de Rey, NEMI–2, KABC

3eme édition .Paris : Dunod. (2014).V2 :p458

50. Évelyne Laporte,

« Méthodologie de bilan des élèves des unités localisées pour l'inclusion scolaire. Un exemple d'utilisation de l'échelle de Wechsler non verbale », L'orientation scolaire et professionnelle [En ligne], 41/4 | 2012, mis en ligne le 07 décembre 2015, consulté le 30 septembre 2016. URL : [http:// osp.revues.org/3963](http://osp.revues.org/3963) ; DOI : 10.4000/osp.3963

51. Abdelaziz Rbiaa

La Figure Complexe de Rey et la Figure Complexe en Arabesque: entre une évaluation classique et une évaluation dynamique pour l'examen psychologique de l'enfant marocain d'âge scolaire.

Université Sidi Mohammed Ben Abdallah Faculté des Lettres et des Sciences Humaines Dhar El Mahraz, Fès–Maroc 2016/2017.p519

52. II. EDFELD A W.

Reading Reversal and its relation to Reading Readiness. Research Bulletins from the Institute of Education, University of Stockholm, 1955.

53. Kosir Stéphanie.

Evaluation de la lecture en orthophonie.

Mémoire pour l'obtention de certificat de capacité d'orthophonie ; université de Lorraine faculté de médecine Nancy .école orthophonique Nancy. Juin 2000.p152

54. BINET (A.), SIMON (T.) (1905)

Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux.

L'Année psychologique, 11, pp. 191-244.

55. BINET (A.), SIMON (T.) (1908) :

Le Développement de l'intelligence chez les enfants.

L'Année psychologique, 14, pp. 1-94.

56. BINET (A.) (1909)

Les Idées modernes sur les enfants.

Paris : Ernest Flammarion, éditeur 26, rue Racine, 26. Collection encyclopédie psychologique

57. L. VANNETZEL

Testons les tests la nemi-2

A.N.A.E. n° 117 - mai 2012; 117; 00-00

58. Doriana Dipaola, Patrizia Meneghelli, Monica Prastaro, Daniela Morano

Thematic Apperception Test: an original proposal for interaction analysis, Departement of psychology, university of Turin, RORSCHACH equipe.Voll III N°3 (2015).

59. Groupe Eyrolles

Réussir-test-complément: le cas des techniques projectives.

Groupe Eyrolles. 2016.p32

60. Anzieu A. Et al. (1996).

Le travail du dessin en psychothérapie de l'enfant.

Paris: Dunod.2008.p245

61. Anzieu D et Jalley E (1991)

Dictionnaire de psychologie.Paris: Presses Universitaires de France.

62. Greig P (2000)

L'enfant et son dessin. Naissance de l'art et de l'écriture.

Ramonville Saint Agne: Erès.

63. Wallon P (2007)

Le dessin d'enfant.

Paris: Presses Universitaires de France. 2007/3591 (4^e éd.); p128

64. Koppitz EM (1968)

Psychological evaluation of children's human figure drawings.

New York: Grune and Stratton.

65. Lowenfeld V ET Britain WL (1975)

Creative and Mental Growth.

6^{ème} édition, Londres: Macmillan.

66. Johnson GA, Pfister AE et Vindrola-Padros C (2012)

Drawings, photos, and performances: using visual methods with children.

Visual Anthropology Review 28(2): 164-178.

67. Pascal Ezan. Et AL.

Le dessin comme langage de l'enfant : Contributions de la psychologie à l'enrichissement

Des méthodologies de recherche appliquées aux enfants consommateurs.

2015, Vol. 30(2) 82-103. NIMEC - IAE de Rouen, France

68. Johnson GA, Pfister AE et Vindrola-Padros C (2012)

Drawings, photos, and performances: using visual methods with children.

Visual Anthropology Review 28(2): 164-178.

69. GUEULLE Amandine

Un psychomotricien au service petite enfance de la ville une prévention de l'enfant à l'environnement.

Mémoire pour diplôme de psychomotricité .Université pierre et marie curie -paris iv faculté de médecine pitié salpêtrière institut de formation en psychomotricité. Juin 2015.p100

70. Jeanne Frémond.

La relation thérapeutique psychomotrice : réflexion sur l'approche du psychomotricien face aux troubles du comportement.

Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. <dumas01347181.

71. Philippe SCIALOM, Françoise GIROMINI, Jean-Michel ALBARET

Manuel d'enseignement de psychomotricité : concepts fondamentaux

Juin 2016 .p57-377. MANENS ISBN 978-2-35327-129-0

72. Awards & Fellows: Lightner Witmer Award. (n.d.).

Retrieved July 07, 2008, from http://education.indiana.edu/~div16/awards_witmer.html

73. Tripp G, Ryan J, Peace K.

*Neuropsychological functioning in children with DSM-IV combined type attention Deficit Disorder. *Aut N Z J Psychiatry* 2002; 36:771-9.*

74. Ernest Jones

La vie et l'œuvre de Sigmund Freud, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige grands textes », 2006, 2^{ème} édition. P453

75. Anne-Marie Leriche,

*« Spitz René Arpad – (1887-1974) », Encyclopædia universalis [en ligne], consulté le 21 mai 2018.
Url : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/rene-arpad-spitz>*

76. Jacques Perse

Binet Alfred (1857-1911), Encyclopædia, [lire en ligne [archive]]. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/alfred-binet/>[Consulté le 21 mai 2018].

77. Pierre Gréco,

« Piaget Jean – (1896-1980) : Introduction » [Archive], sur Encyclopædia Universalis

78. Société Française de Pédiatrie .Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé

Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Mars2007 [en ligne] in Concept de santé disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles-2.pdf

79. Sonia Missaoui, Naoufel Gaddour, Lotfi Gaha

*Prévalence des troubles spécifiques des apprentissages dans une cohorte d'enfants en difficultés scolaires.
LA TUNISIE MEDICALE – 2014 ; Vol 92 (n°08/09)*

80. rapport OMS.

*Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale nouvelle conception, nouveaux espoirs
Organisation mondiale de la Santé, 2001. [En ligne]. ISBN 92 4 256201 7 (Classification NLM : WA 540.1) Valable à partir de l'URL: www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_fr.PDF*

81. Vaivre–Douret L.

Troubles d'apprentissage non verbal : les dyspraxies développementales.

Arch. Pédiatr 2007 ; 14 : 1341–1349

82. Cuvelier J.C, Pandit F., Casalis S., et al.

Analyse d'une population de 100 enfants adressés pour troubles d'apprentissage scolaire.

Arch. Pédiatr 2004 ; 11 : 201–206

83. Giannitelli M, Plaza M, Guillemont F. et al.

Troubles du langage oral et écrit chez des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et bénéficiant de soins hospitaliers.

Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2011;59 : 492–500

84. Billard C, Delteil–Pinton F.

Clinique de la dyslexie.

Arch. Pédiatr 2010 ; 17 : 1734–43

85. Blanc J.P.

Trouble des apprentissages : état des lieux et Propositions Pédiatr

Puériculture 2008 ; 21 : 176–8

86. Grand sceau de S.M. Hassan II

Dahir n°1–63–071 du 25 jourmada II 1383 (13 novembre 1963) relatif à l'obligation de l'enseignement.[en ligne] disponible sur :<http://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/maroc-dahir-01-63-1963.htm> [consulté le 20 mai 2018].

87. Ferrari, P. (2012).

Traité européen de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Lavoisier s.a.s .p884

88. Gutierrez–Maldonado, J., Magallon–Neri, E., Rus–Calafell, M., & Penaloza–Salazar, C. *Virtual reality exposure therapy for school phobia.*

Anuario de Psychologia, 2009, 40(2), 223–236.

89. Suveg, C., Aschenbrand, S. G., & Kendall, P. C. (2005).

Separation anxiety disorder, panic disorder, and school refusal. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14(4), 773–795.

90. Suzuki, K. (1990).
School refusal viewed through family therapy. In C. Chiland, & J. G. Young (Eds.), why children rejects school: Views from seven countries (pp. 98-105). New Haven, CT US: Yale University Press.
91. Nair, M. K. C., Russell, P. S. S., Subramaniam, V. S., Nazeema, S., Chembagam, N., Russell, S., et al. (2013).
ADad 8: School Phobia and Anxiety Disorders among adolescents in a rural community population in India. Indian Journal of Pediatrics, 80(Suppl. 2), S171-S174.
92. Kearney, C. A. (2008).
School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. Clinical Psychology Review, 28(3), 451-471.
93. Calin. D :
Réactions psychiques à l'échec scolaire. Psychanalyse Magazine, 2002, n°14.
94. Dakhia .N :
L'inadaptation scolaire en consultation de pédopsychiatrie à propos de 188 cas Thèse de doctorat en médecine 2000, Sfax
95. Lachtar CH, BELLAJ F, AMAMI O, GHRIBI F, JARRAYA A:
Ecoliers en difficultés scolaires : approche étiopathogénique à propos de 100 cas Faculté de médecine, SFAX, 1987.
96. mémoire « Bouchra Abassi »
Échec scolaire orientation diagnostique et perspective thérapeutique. Thèse de doctorat en médecine Marrakech 2009 n°25
97. Coche F, Kahn S, Robin F:
Pratiques pédagogiques à l'école primaire et réussite scolaire des élèves venant de Milieux défavorisés Cahiers pédagogiques 2004, n°110.
98. Soualem.A, Adoussalhy; Ahami A. O. T.; Sektn N.; Yakrib S.; Zouiten F.) ; Azzaoui F.Z.; Rusinek S.:
Impact du statut socioéconomique sur le développement cognitif et comportemental chez l'enfant scolarisé au Maroc Journal de thérapie comportementale & cognitive, 2005, vol 15, n° 2, pp:55-60

99. Catheline. N :
Environnement scolaire de l'enfant & de l'adolescent
EMC pédiatrie 2006 ,37-200-E, pp : 40.
100. Catheline.N :
Psychopathologie de la scolarité
Masson, Paris, 2003.
101. Hughes, E. K., Gullone, E., Dudley, A., & Tonge, B. (2010).
A case-control study of emotion regulation and school refusal in children and adolescents.
The Journal of Early Adolescence, 30(5), 691-706.
102. Maric, M., Heyne, D. A., de Heus, P., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2012).
The role of cognition in school refusal: An investigation of automatic thoughts and cognitive errors.
Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40(3), 255-269.
103. Maric, M., Heyne, D. A., MacKinnon, D. P., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2013).
Cognitive mediation of cognitive-behavioural therapy outcomes for anxiety-based school refusal.
Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41(5), 549-564.
104. Costello EJ, Egger HL, Angold A.
The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity.
Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2005; 14:631-48.
105. H. Denis, A. Baghdadli
Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent Children and adolescents
Elsevier Masson SAS. Vol 24 - n° 1 p. 87-90 - janvier 2017.
106. Ronald M Rapee PhD
In Children and Adolescents: Nature, development, treatment and prevention.
In Rey Im(Ed), IACAPAE -textbook of child. And adolescent Mental Health. (2ditor en francais: Cohen D, Ed) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012
107. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009).
Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment.
Annual Review of Clinical Psychology, 5:311-341.

108. **Canino G, Shrout PE, Rubio–Stipec M et al (2004).**
The DSM–IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. Archives of General Psychiatry, 61:85–93.
109. **Gregory AM, Eley TC (2007).**
Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. Clinical Child and Family Psychology Review, 10:199–212.
110. **Allen JL, Repee RM, Sandberg S (2008).**
Severe live events and chronic adversities antecedents to anxiety in children: a matched control study. Journal of abnormal child Psychology; 36:1047–1056
111. **James A.soler A, Weatherall R (2006).**
Cognitive behavioral therapy for anxiety disorder in children and adolescents. The Cochrane library, 1:1–25.
112. **Kendall PC, Saffod S, Flannery–schroeder E et Al (2004)**
Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7, 4 year Follow –up journal of consulting and clinical psychology, 72:276–287
113. **Mesmin C., Wallon P. (2009).**
Test de la figure complexe de Rey. Paris : ECPA.
114. **Kadzin AE.**
Treatment for aggressive and antisocial children. Psychiatr Clin North Am 2000; 9(4):841–58.
115. **V. Aubron, G. Michel, D. Purper–Ouakil, S. Cortese, M.–C. Mouren**
Les enjeux de l'évaluation du trouble déficitaire Attentionnel avec hyperactivité (TDAH) : à propos de deux cas d'enfants. Elsevier Masson SAS. 55 (2007) 168–173
116. **Inserm institue nationale de la santé et de la recherche médicale**
Trouble de conduit chez l'enfant et l'adolescent. Editions Inserm 2005, 430 pages
117. **Ferguson D, Horwood L, Lynskey M.**
Structure of DSM–III–R criteria for disruptive childhood behaviours: confirmatory factor models. JAm Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33:1145–57.

118. **Masi L, Gignac M.**
TDAH et comorbidité en pédopsychiatrie. Pathologies psychiatriques, affections médicales, troubles de l'apprentissage et de la coordination. Ann Med Psychol (Paris) (2016),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.11.013>
119. **Mohammadi MR, Salmanian M, Ghanizadeh A, Alavi A, Malek A, Fathzadeh H, et al.**
Psychological problems of Iranian children and adolescents: parent report form of Strengths and Difficulties Questionnaire.
J Ment Health. 2014;23:287-291. [PubMed]
120. **Concepción López-Soler¹ & Mavi Alcántara-López¹ & Maravillas Castro¹ & Julio Sánchez Meca¹ & Visitación Fernández¹**
Association between Maternal Exposure to Intimate Partner Violence and Emotional and Behavioral Problems in Spanish Children and Adolescents. J Fam Viol (2017) 32:135-144
121. **Savard N, Zaouche Gaudron C.**
État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale.
Elsevier Masson SAS.2010; 58(8):513-22.
122. **Moe B, King A, Bailly M.**
Retrospective accounts of recurrent parental physical abuse as a predictor of adult laboratory-induced aggression. Aggressive Behavior 2004:217-28.
123. **Fortin A.**
Le point de vue de l'enfant sur la violence conjugale,
22. Collec-tion étude et analyse; 2005. p. 32.
124. **Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H., & Girz, L. (2009).**
Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence.
Child Abuse and Neglect, 33, 648-660.
125. **Reich, W. (2000).**
Diagnostic interview for children and adolescents (DICA).
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 59-66.
126. **REGINA A. SHIH, PAMELA L. BELMONTE & PETER P. ZANDI**
A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. Int Rev Psychiatry 2004; 16:260-83.

127. **Middeldorp CM, Wesseldijk LW, Hudziak JJ, Verhulst FC, Lindauer RJL, Dieleman GC.** *Parents of children with psychopathology: psychiatric problems and the association with their child's problems.*
European child & adolescent psychiatry. 2016; 25(8):919±27.
<https://doi.org/10.1007/s00787-015-0813-2> PMID: 26757722
128. **Mattejat F, Remschmidt H.**
The Children of Mentally Ill Parents. *Deutsches Arzteblatt International.* 2008; 105(23):413±8.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0413> PMID: 19626164
129. **Results of the BELLA study Plass-Christl A, Haller A-C, Otto C, Barkmann C, Wiegand-Grefe S, Hoëlling H, et al. (2017)**
Parents with mental health problems and their children in a German population based sample: Results of the BELLA study. *PLoS ONE* 12(7): e0180410.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180410>
130. **Siegenthaler E, Munder T, Egger M.**
Effect of Preventive Interventions in Mentally Ill Parents on the Mental Health of the Offspring: Systematic Review and Meta-Analysis.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012; 51(1):8±17.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.018> PMID: 22176935
131. **D. Perisse, P. Gerardin, D. Cohen, M. Flament, P. Mazet**
Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : une revue des abords thérapeutiques
Conduct disorder in children and adolescents: a review of current therapeutic approaches.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 54 (2006) 401-410 .Paris, Rouen, Ottawa.
132. **Woolfenden SR, Williams K, Peat JK.**
Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomized controlled trials.
Arch Dis Child 2002;86(4):251-6.
133. **Serketich WJ, Dumas JE.**
The effectiveness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: A meta-analysis.
Behav Ther 1996; 27:171-86.
134. **Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H.**
Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour
Clinical practice. *BMJ* 2001;323(7306):194-8.

135. **Kazdin AE, Siegel TC, Bass D.**
Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children.
J Consult Clin Psychol 1992; 60(5):733-47.
136. **Martin-Guehl C.**
Données épidémiologiques (DSM-ICD) : déficit d'attention avec hyperactivité.
Neuropsych News 2004;3(5):223-7.
137. **Bouvard M, Le Heuzey MF, Mouren-Siméoni MC.**
L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte.
Paris: Édition Doin « Collection Conduites », 2e édition; 2006.
138. **Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M.**
Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a german elementary school sample.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:629-38.
139. **Rapport d'Inserm en partenariat avec Histoire de l'Inserm, Inist-CNRSI, Revues - Inist**
Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent.
Ed : Inserm, 2005. Paris : Les éditions Inserm, 2005, XIV- 428 p. – (Expertise collective). –
<http://hdl.handle.net/10608/140>"
140. **Gallé-Tessonneau, M., et al.**
Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire
une revue de littérature internationale systématique. Pratiques psychologiques (2016),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2016.03.001>
141. **Freud, S. (1915).**
La sexualité infantile in Trois essais sur la théorie sexuelle.
Paris, Gallimard (1987), pp 98-102.
142. **Lyne bordereau et Janette Leblanc.**
La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses
thérapeutiques en pédopsychiatrie
Santé mentale au Québec-volume 42.automne 2017.p229-243
143. **Audrey Vautherot**
L'auxiliaire De Vie Scolaire Rôle Et Démarches.
Grâlons. 2008. [en ligne]. Disponible sur <https://www.gralon.net/articles/enseignement-et-formation/ecole/article-l-auxiliaire-de-vie-scolaire---role-et-demarches---2036.htm>

- 144. Anthony A. Olashore, Bechedza Frank–Hatitchki, Olorunfemi Ogunwobi**
Diagnostic profiles and predictors of treatment outcome among children and adolescents attending a national psychiatric hospital in Botswana.
Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health are provided here courtesy of BioMed Central.2017, 11:8. doi: 10.1186/s13034-017-0144-9 [PMC free article] [PubMed]
- 145. Montpellier Gérard.**
Le Behaviorisme de B. F. Skinner.
In: Revue Philosophique de Louvain. Quatrième série, tome 69, n°4, 1971. pp. 580–587;
doi : <https://doi.org/10.3406/phlou.1971.5638>
- 146. O. Bonnot**
Troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant.
Elsevier Masson SAS.2007. 37-204-G-10.
- 147. Vincent laupies.**
La guidance parentale : ses liens avec la psychothérapie et la bienveillance.
Médecine & Hygiène. 2004/4 (Vol. 25) .p1–210. DOI : 10.3917/tf.044.0521
- 148. Martin Weyeneth,Gilles Ambresin,Yolanda Carballeira,Vivien Contesse, Christian Crivii,Fanny Glauser,Béatrice Lopez de La Vega,Béatrice Matthey ,Christian Bryois.**
La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme.
Médecine & Hygiène. 2004/2 (Vol. 24).p73–86. DOI : 10.3917/psys.042.0073
- 149. H. TURINE, C. CATALE, C. LEJEUNE, L. ROUSSELLE**
Prise en charge neuropsychologique des troubles attentionnels sans hyperactivité chez l'enfant (TDA) : à propos de deux cas
A.N.A.E. liege. 2016; 141:001–010.
- 150. Maurice Villard**
Rôles et fonctions du psychologue clinicien en Institutions Médico–sociales.
Maurice Villard.2010 [en ligne] disponible sur <http://maurice.villard.pagesperso-orange.fr/rolespsy.htm>.
- 151. Sébastienne Adam, Xavier barsalou, Barsiel Chalou, Verge Daniel Chabot, Carmen Martinez.**
Introduction à la psychologie
Département de psychologie .collège de Rosemont. Canada 2018.350–023–RO.

- 152. Georges THINÈS,**
« WEBER ERNST HEINRICH - (1795-1878) », *Encyclopædia Universalis [en ligne]*, consulté le 26 juin 2018. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/ernst-heinrich-weber/>
- 153. Claude RABANT,**
« FECHNER GUSTAV THEODOR - (1801-1887) », *Encyclopædia Universalis [en ligne]*, consulté le 26 juin 2018. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/gustav-theodor-fechner/>
- 154. Jean-Louis BRETEAU,**
« HELMHOLTZ HERMANN LUDWIG FERDINAND VON - (1821-1894) », *Encyclopædia Universalis [en ligne]*, consulté le 26 juin 2018.
URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hermann-ludwig-ferdinand-von-helmholtz/>.
- 155. Marty, F. (2008).**
Le Complexe d'Œdipe ou la question des origines in Les grands concepts de la psychologie clinique. Paris, Dunod.)
- 156. développement affectif**
[en ligne] disponible sur file:///C:/Users/poste/Downloads/3-s2.0-B9782294743894000012%20env%20(3).pdf [consulté le [26/06/2018].
- 157. Vincent Joly**
Donald Winnicott La préoccupation maternelle primaire 2009 [en ligne] disponible sur
<http://paradoxa1856.wordpress.com/2009/02/17/donald-winnicott-la-preoccupation-maternelle>. Consulté le [26/06/2018]
- 158. Alain Renault**
Psychologie et développement de l'enfant CEMEA. Pays de la Loire. [En ligne] disponible sur
[https://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHOLOGIE%20ET%20DEVELOPPEMENT%20DE%20L%20ENFANT%20\(86%20Pages%20-%204%20Mo\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHOLOGIE%20ET%20DEVELOPPEMENT%20DE%20L%20ENFANT%20(86%20Pages%20-%204%20Mo).pdf) [consulté le 26/06/2018].
- 159. HOLTZ Anne-Frédérique.**
Petit guide de CLIS [en ligne] disponible sur
http://www4.ac-nancy-metz.fr/repwoippy/IMG/pdf/guide_version_blog.pdf [consulté le 29/06/2018]

160. fondation Mohammed VI pour la solidarité

[En ligne] disponible sur <http://www.fm5.ma/centre-handicapes> [consulté le 29/06/2018]

161. GERIN P., DAZORD A.

*Recherche sur les psychothérapies,
L'Encéphale, 1992 ; XVIII : 131-9 ;*

162. BERGES BOUNES M., BONNET CH., GINOUX G., PECARELO A.-M, SIRONNEAU-BERNARDEAU

*La relaxation thérapeutique chez l'enfant - Corps, Langage, Sujet - Méthode Jean Bergès.
Masson, 2008.*

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون اختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 251

سنة 2018

الرعاية النفسية للطفل و المراهق في مستشفى ابن النفيس

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 13/07/2018

من طرف

السيدة: ناهد ماهر

المزودة في 13/06/1991 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الإستشارة النفسية – الإضطرابات النفسية – الإختبارات النفسية – العلاج النفسي

اللجنة

الرئيس

السيدة إ.أيت الصاب

أستاذة في طب الأطفال (ب)

المشرف

السيدة ف.عصري

أستاذة في الطب النفسي .

الحكام

السيد م.بوالروس

أستاذ في طب الأطفال (أ)

السيدة إ.العدلي

أستاذة مبرزة في الطب النفسي