

Badra MOUTASSEM-MIMOUNI*

LE PSYCHOLOGUE FACE AU JEUNE ENFANT

La prise en charge psychologique du très jeune enfant est méconnue et parfois perçue comme trop complexe ce qui fait fuir les étudiants et les praticiens vers des enfants « plus grands, capables de parler ». Ces réactions dénotent une représentation du rôle du psychologue comme celui 'qui se base sur la parole', une représentation du tout petit comme « ne sachant pas parler » donc 'pas digne' de l'intérêt du psychologue. Il fait peur au psychologue : « qu'est ce que je peux faire puisqu'il ne parle pas ! ? »

Dans ce texte, je vais aborder les particularités pratiques de cette prise en charge sur la base de ma propre expérience auprès de jeunes enfants, en mettant l'accent essentiellement sur le rôle des parents en tant que partenaires du thérapeute et le rôle du dessin comme médiateur de la communication entre le psychologue et l'enfant, et, également comme moyen diagnostic et thérapeutique.

La demande de prise en charge de jeunes enfants augmente de plus en plus. Parents et institutions se trouvent de plus en plus devant des situations déconcertantes, voire angoissantes. Les crèches et

* *Badra Moutassem-Mimouni, Professeur de Psychologie, Département de Psychologie, Faculté des Sciences Sociales. Chercheur C.R.A.S.C, Oran.*

jardins d'enfants fleurissent partout, mais la formation spécialisée n'est pas pratique courante, ce qui laisse les jardinières/éducatrices, etc., dans un désarroi qui peut être à la base de pratiques intempestives susceptibles d'être dangereuses pour le devenir des enfants.

Dans ma pratique de psychologue auprès de jardins d'enfants, si le nom du psychologue suscite inquiétude et crainte chez certains parents, la plupart d'entre eux sont contents de me rencontrer, de demander conseil pour cet enfant ou pour leurs enfants plus âgés, parfois ils ont juste besoin d'être rassurés que 'tout va bien'. De leur côté, les éducatrices sont souvent soulagées de la lourde responsabilité de faire face, seules, aux difficultés petites ou grandes que présentent certains enfants. L'accompagnement, le soutien, les conseils ou orientations les rassurent, les aident à assumer et surtout à transformer leur regard vis-à-vis de l'enfant présentant des difficultés.

Ceci pour dire que la société algérienne a beaucoup évolué dans sa façon de voir l'enfant dont les soins et l'éducation relevaient exclusivement des parents. Dans une étude sur le préscolaire en Algérie (CRASC-MEN-UNICEF, 2003) nous avons constaté, à partir d'un questionnaire adressé à 5700 parents, l'émergence de nouveaux besoins et de nouvelles attentes des parents (Moutassem-Mimouni, 2005) vis à vis des institutions éducatives pour les tout petits : « L'analyse de ces attentes indique qu'elles gravitent autour de valeurs très importantes :

Intellectuelles : pour une meilleure réussite scolaire et par extension la réussite professionnelle, « assurer l'avenir. » ;

Sociales : apprendre au contact de ses pairs, ainsi qu'avec son éducatrice à être « dégourdi », « pas sauvage », « pas complexé », « poli », « se faire des copains », « vie de groupe », « s'aérer ». Ces réponses ont été relevées lors des entretiens avec les mères des deux quartiers populaires à Oran;

Morales : apprentissage du coran et des codes de conduites issus de la sunna ;

Affectives : les attentes à ce niveau sont peu explicites au niveau de la question directe sur les attentes du préscolaire, mais quand il est demandé aux parents pourquoi ils sont satisfaits de la prise en charge, les mères répondent, en plus de la 'préparation à l'école', en donnant les qualités de l'éducatrice : en premier vient « la gentillesse et la douceur », « la patience », « s'occupe bien de l'enfant », « j'ai confiance en elle. » p. 116 (Moutassem-Mimouni, 2005).

Ainsi ces institutions ont besoin d'un personnel de qualité et le psychologue peut jouer un rôle essentiel dans l'organisation des espaces éducatifs, dans la formation des éducatrices, dans le suivi des enfants ainsi que dans le soutien et l'aide qu'il pourrait apporter aux parents.

Historiquement, la prise en charge thérapeutique du jeune enfant a véritablement démarré avec les travaux de M. Klein qui a mis en exergue une activité fantasmatique précoce chez le nourrisson. A. Freud a également développé la pratique psychanalytique auprès des enfants en se basant non plus comme son père S. Freud, sur les souvenirs d'adultes mais sur l'observation directe des enfants. R. A. Spitz et J. Bowlby donneront à l'observation directe des jeunes enfants ses lettres de noblesse, Winnicott de son côté a beaucoup apporté à l'observation, la compréhension et la psychothérapie de jeunes enfants. L'observation va donc porter sur des enfants dans des milieux naturels : famille, crèches, hôpitaux, institutions éducatives, etc. Par la suite F. Dolto a montré que la psychothérapie était parfaitement possible avec les jeunes enfants et qu'elle doit s'adapter en fonction de l'âge de l'enfant, de ses particularités sociale et familiale.

Les particularités du jeune enfant

a) L'enfant est en développement, donc rien n'est joué, puisque le développement en lui-même peut être un facteur thérapeutique (A. Freud, 1968.) La plasticité tant au niveau du cerveau qu'au niveau psychique, autorise un optimisme plus important que pour l'adulte (voir tous les travaux sur la résilience, etc.). Que l'affection, le respect et des soins adaptés sont des « médicaments très puissants » chez le jeune enfant d'où l'importance des parents d'abord et des éducateurs ensuite.

b) Le partenariat avec parents et éducateurs est essentiel : ne pas s'enfermer dans son bureau avec l'enfant deux séances par semaines, cela ne suffira pas ! Mais si on fait un travail sur les parents et éducateurs (quand l'enfant est en crèche ou à l'école) alors on sert l'enfant et on sert les adultes. Et si les adultes sont détendus, disponibles, ce bien-être profite à l'enfant.

Aider les parents c'est aider les enfants

L'action du psychologue doit porter avant tout sur le sens du symptôme et ce sens ne peut être trouvé sans remettre le symptôme dans son contexte relationnel, familial et/ou éducatif. Que de fois j'ai vu l'enfant se transformer après un unique entretien avec les parents. Car dans beaucoup de cas, les parents ont instauré un type particulier de relation à l'enfant, ce type de relation ne l'a pas aidé à se construire ; c'est donc sur ce type de relation qu'il faut agir en démontant ses mécanismes et en aidant le groupe familial à en instaurer de nouveaux qui répondent aux besoins des parents et de l'enfant. D'autre part, quand des parents ont un enfant difficile, ils développent des défenses pour atténuer la blessure narcissique de ne pas avoir un enfant « comme les autres », mais aussi pour se protéger contre les agressions ou ce qu'ils vivent comme agressions venant de l'enfant, ils ont parfois l'impression d'être vampirisés, phagocytés, agressés par lui. Ce qui est en partie vrai (du point de vue) d'ailleurs, mais pourquoi les agresse-t-il ? Toute la question est là : l'enfant utilise ce comportement jugé agressif soit parce qu'il se défend contre leur propre comportement que lui aussi vit comme agression, soit parce qu'il les provoquent et tente de leur dire quelque chose selon la seule manière dont il est capable pour le moment.

L'agressivité devient souvent le mode dominant d'expression dans les familles en difficulté et le psychologue peut aider le groupe familial à se décentrer pour mieux percevoir que ce mode de réaction peut être échangé contre des comportements plus souples, plus « *softs* » basés sur la persuasion, l'explication, le raisonnement : mentaliser ses colères, ses déceptions, ses ressentiments et surtout ne pas oublier que ce n'est qu'un enfant qui a besoin d'eux et de leur soutien. Il s'agit donc de remettre les choses à leur place : expliquer aux parents que l'enfant, tout comme eux, cherche une solution en utilisant les moyens dont il dispose et si ces moyens ne sont « pas adaptés », c'est qu'il n'en a pas trouvé de meilleurs.

Ne pas culpabiliser les parents, mais les aider à voir ce qui ne va pas dans leur relation à l'enfant, comment ils le voient, comment ils expliquent ses comportements, ce qu'ils ressentent. Souvent, on perçoit des frustrations, un manque de confiance en eux et en leur enfant. Il y a souvent un sentiment d'échec qui va soit les culpabiliser, soit soulever leur colère et leur 'haine' contre cet enfant qui 'n'est pas

tel qu'ils auraient voulu qu'il soit'. La blessure narcissique peut aider les parents à mieux supporter l'enfant atypique, mais elle peut les mener soit vers la surprotection invalidante, soit vers des comportements agressifs 'francs' ou 'larvés'. Parfois ils se comportent comme des enfants frustrés et ont du mal à assumer leurs actes et les difficultés de leur enfant et les leurs ; ils projettent ainsi sur lui toutes leurs incapacités et la responsabilité de leurs échecs à faire face aux difficultés. C'est sur ces sentiments qu'il faut travailler et amener les parents à faire un travail d'abord sur eux-mêmes, à ne pas oublier que c'est eux, les parents, et qu'il n'est qu'un enfant. La plupart des problèmes viennent d'une conception erronée de l'autorité : soit ils sont trop exigeants et demandent trop à l'enfant sans tenir compte de ses besoins et des limites de son âge, soit ils sont trop laxistes. En voulant bien faire, les parents peuvent produire un véritable « petit tyran ».

L'amour n'est pas le garant d'une bonne prise en charge, je vois tous les jours des parents qui adorent leur enfant et veulent 'tout lui donner' et surtout 'ne pas le frustrer' pour ne pas le « traumatiser », mais ils ne se rendent pas compte que la frustration est nécessaire au bien-être et au développement de l'enfant. Elle lui permet d'apprendre qu'il y a des limites, qu'il ne peut pas tout avoir, que dans la vie il faut faire des choix, prendre des risques calculés et qu'il faut apprendre à compter sur soi-même, tout en sachant qu'il peut compter quand il le faut sur l'autre, sur eux. Lui apprendre à être autonome, à gérer ses désirs et à en retarder progressivement la satisfaction. Apprendre à discerner entre l'essentiel et l'accessoire. Les limites claires, fermes et stables rassurent l'enfant. Apprendre à vivre avec les autres, c'est comprendre que eux aussi ont les mêmes désirs, les mêmes besoins et que si chacun fait ce qu'il veut sans tenir compte des autres, il n'y aurait plus de vie sociale possible. L'enfant, comme tout être humain, a besoin des autres, de leur amour, de leur reconnaissance, de leur compagnie. Mais, il faut qu'il apprenne aussi à leur donner : à les respecter, à les écouter, à les aider de son côté.

Les particularités du travail thérapeutique avec les jeunes enfants

Si le langage oral constitue le principal mode d'expression de l'adolescent et de l'adulte, chez le jeune enfant, le psychologue ne peut s'y appuyer que partiellement, puisque l'enfant a du mal à s'exprimer oralement et le nourrisson encore moins. Et pourtant cela

n'empêche pas le psychologue d'intervenir précocement car plus le trouble est précoce et plus les risques sont importants et pèseront lourdement sur le devenir de l'enfant. Les modes d'expression du tout petit sont justement les symptômes qu'ils présente, il s'agit bien d'un langage très expressif : quand l'enfant ne dort pas, ne parle pas, ne mange pas, est maladif, recroquevillé ou explosif, quand il fait pipi au lit, quand il passe son temps à persécuter sa petite sœur ou son petit frère, etc. : il parle très clairement nous disant « je vais mal, aidez-moi ! »

M. Klein a introduit le jeu comme moyen d'expression chez les tout-petits. Par sa façon de se comporter avec ses jeux et jouets (relation d'objet au sens Freudien), l'enfant exprime ses besoins d'amour, de compréhension, mais aussi ses désirs destructeurs ou constructeurs : s'il soigne son nounours, sa poupée ou s'il les casse, les jette, les démembrer cela a un sens que le psychologue doit décoder et l'orienter vers une activité de réparation et de reconstruction. Mais c'est le dessin qui est un moyen privilégié pour le psychologue et c'est pour cela que je vais développer ses différentes fonctions.

Le dessin comme moyen de communication

Le dessin est le meilleur moyen de communiquer, de faire un diagnostic et parfois de faire une psychothérapie pour des enfants, en particulier pour les plus jeunes. Les mots trop compliqués qui ne viennent pas toujours, les difficultés à mettre un mot en face d'un vécu, tout cela fait du dessin un moyen privilégié de communication, de compréhension des difficultés que vit l'enfant et qui souvent ne sont pas apparentes. Les enfants aiment et demandent à dessiner, même les plus renfermés qui refusent de parler acceptent plus facilement de dessiner et de raconter leur dessin. L'enfant ne se rend pas du tout compte qu'il exprime ses désirs et ses craintes les plus profonds.

Un jour une petite fille m'est ramenée par sa maman. Elle refuse de lâcher sa maman et semble donc avoir un attachement dépendant (Ainsworth dirait attachement insécure,) elle refuse de parler, mais semble suivre très attentivement l'entretien. Sa maman raconte que l'enfant a été gravement malade, a subi des opérations et des traitements très durs. Je lui demande si elle veut bien dessiner, elle me regarde et prend le stylo et la feuille et semble attendre une directive. « Que veux-tu dessiner ? » « Je ne sais pas », « tu pourrais dessiner une personne, par

exemple (bnadem)! ». Elle dessine un personnage déséquilibré qui exprimait son déséquilibre après 'la maladie qui a failli l'emporter' (selon la mère), elle en a gardé une claudication légère. Le dessin montre des jambes flageolantes, en zigzag, l'une plus courte que l'autre. Le corps est complètement déséquilibré, en plus de l'inhibition et de la régression. J'ai compris qu'elle était encore sous le choc de la maladie, des opérations subies et qu'elle avait besoin de temps pour pouvoir remanier son schéma corporel et l'image de son corps.

Le grand oublié parmi les enfants c'est l'enfant « calme, gentil, obéissant » « qui n'a pas l'air d'être affecté » « qui n'a pas conscience » et qui ne pose jamais problème. La pratique clinique nous enseigne que ce n'est pas les personnes les plus bruyantes qui sont les plus atteintes. Le fait de manifester des symptômes est déjà un pas positif vers la guérison, car le symptôme est une alarme qui pousse l'entourage à se rendre compte que quelque chose ne fonctionne pas ou fonctionne mal, alors que les enfants conformistes et conformes aux attentes de l'entourage sont souvent en danger car on a tendance à les oublier d'une part et d'autre part, ils sont en train de vouloir se conformer aux désirs des adultes ce qui les empêche de construire une personnalité solide : ce qui est à la base du « faux self » dont parle DW. Winnicott.

Le dessin comme moyen d'expression des souffrances

Les enfants, même quand ils ne paraissent pas avoir des problèmes peuvent nous révéler des choses importantes sur leur souffrance, leur vécu, leurs craintes. Il m'est souvent arrivé de voir un dessin et de m'inquiéter sérieusement pour l'enfant qui paraît pourtant bien intégré. Plusieurs enfants ont fait l'objet d'un suivi alors qu'au départ l'éducatrice me disait : « il est bien, il travaille bien, il n'a pas de problème ! ».

Ali suit bien en classe, participe, joue avec ses camarades, l'éducatrice me le présente avec des enfants en difficulté, « c'est juste qu'il a perdu son père et que la mère me paraît perturbée ». Je lui demande de faire un dessin : il dessine la mère avec des couleurs, mais elle n'a pas de bras « c'est maman ! ». Je lui demande « le papa n'est pas là ? » si, je vais le dessiner », il le dessine à l'envers, le colore en marron, autant la mère est en couleurs et a l'air vivante, autant le père paraît « mort ».
« Qu'est-ce qu'il fait ? » « Il dort dans le lit » « où est ton

papa ? » « Il travaille. », « Vient-il à la maison ? » « Oui tous les jours ! » Son père est mort depuis deux ans, il semble que la mère ne lui a pas dit explicitement qu'il était mort.

Le dessin tout en montrant le père, le désigne comme mort « dort dans le lit ». Je demandais par hasard à l'éducatrice si l'enfant a des troubles du comportement comme « le vol ou le mensonge », elle paraît étonnée puis me répond : « oui, il a volé de l'argent dans le porte-monnaie de la mère et l'a ramené en classe, ensuite il lui mentait sur différentes choses et quand elle ne lui donne pas d'argent, il va mendier dehors ». Vivant dans la dissimulation, négligé par la mère trop perturbée par le décès de son mari (et ayant des problèmes financiers), voler, mendier, mentir expriment son désarroi face aux carences et non-dits de l'entourage et lui apportent une compensation qui doit atténuer l'angoisse.

Après ce dessin, nous avons discuté avec Ali de la mort, s'il savait ce que c'était, j'ai demandé à l'éducatrice d'aborder le thème de la mort quand un enfant a un décès dans la famille. Un entretien avec la mère a permis de l'aider elle d'abord à dépasser ses propres difficultés et l'amener à parler de cette mort pour aider l'enfant à faire le deuil. Quelques mois plus tard, Ali semble avoir admis la mort de son père, il était en mesure de l'énoncer.

Le dessin comme moyen de diagnostic

Le dessin aide le praticien à poser son diagnostic en particulier chez les enfants trop sages ; dans leurs dessins l'on peut déceler des signes de désordre qui n'apparaissent pas dans le comportement : la psychopathologie structurale, considère à juste titre, que l'utilisation des couleurs, du lien entre les personnes mais aussi entre les objets, les signes de vie comme la cheminée qui fume, les personnes qui agissent, les fleurs et les plantes amarrées au sol, tous ces éléments sont d'un bon pronostic pour les enfants.

Walid, quatre ans et demi, m'a été adressé pour timidité, tristesse et parce qu'il était battu, maltraité par la mère. Walid refuse de parler, je lui tend une feuille et un stylo et lui demande de dessiner une famille. Alors qu'il est très réticent, embarrassé et qu'il refuse de parler, il accepte de dessiner sans problème : en premier le père qui a des cheveux et des bras et pas de pieds, ce qui indique un déséquilibre, un manque de stabilité et peut-être un manque d'autorité puisqu'il ne protège pas les enfants de

la violence de leur mère. « Le père est gentil dit-il et je l'aime ! ». La mère est dessinée en deuxième position entre le père et les enfants, elle n'a pas de cheveux et pas de bras : « la mère est méchante, elle bat ses enfants ! » dit-il, il éclate en sanglots et se met à pleurer avec de grosses larmes. Viennent ensuite les enfants qui sont coincés dans le coin gauche de la feuille, ils n'ont pas de bras non plus. Ce dessin a provoqué une vraie catharsis chez cet enfant.

Le dessin comme moyen d'évaluation, de suivi et de thérapie

Le dessin peut également servir dans le suivi thérapeutique : au fur et à mesure que la prise en charge psychologique se déroule, on observe l'évolution des dessins. Si l'enfant dessine des personnes mortes, des maisons écroulées (comme dans le cas des enfants touchés par le tremblement de terre) au début de la prise en charge, c'est tout à fait normal car l'enfant a besoin de représenter ce qu'il a vécu et vu, mais si au bout de plusieurs séances, il continue à dessiner le même spectacle de désastre, cela veut dire qu'il n'arrive pas à dépasser l'événement. Cette fixation exprime la répétition du même scénario dans sa tête et qu'il n'arrive pas à s'en défaire et nous savons tous que la répétition est un symptôme majeur du stress post-traumatique (PTSD) qui suit à plus ou moins longue échéance des situations de catastrophes humaines ou naturelles (tremblement de terre, inondations, guerres, etc.).

-Le dessin comme moyen thérapeutique : A partir des productions on peut faire verbaliser l'enfant sur son vécu, mais surtout on peut impulser un mouvement évolutif en lui demandant « Que veux-tu devenir, quand tu seras grand ? » « Comment peut-on 'corriger', 'réparer', 'changer', 'arranger', 'transformer' les situations les plus douloureuses. Changer 'sa vision des choses', 'l'aider à nouer des liens entre les personnes' sur son dessin, enfoncer 'une racine dans le sol', 'dessiner une fleur', 'faire sourire les personnages' : ce sont de petits gestes, de petits mots, de petites questions, de petits coup de crayon qui, parfois, suffisent à aider l'enfant à entrevoir d'autres possibilités de relations, d'actions, de réactions.

-L'empathie active du psychologue : l'enfant peut envisager de changer si on l'aide à se poser des questions et à entrevoir de nouvelles perspectives. Avec les jeunes enfants, plus qu'avec tout autre patient, l'engagement du psychologue, ses suggestions et propositions sont fondamentales dans l'action thérapeutique.

Meriem, quatre ans, m'est adressée par son éducatrice qui n'arrive pas à l'intégrer dans les activités, elle semble bloquée, inhibée. Elle ne parle pas, ne participe pas, le père dit qu'elle parle, mais son éducatrice ne l'a pas encore entendue le faire. L'éducatrice m'a présenté la fillette : « elle est trop sage, elle ne participe pas et ne parle ni aux enfants, ni à moi », que dois-je faire ? Je prend la petite dans un coin, je me présente : « je suis psychologue et j'aide les enfants à grandir » et lui donne une feuille pour dessiner, elle fait une sorte d'ellipse toute petite et repasse sans cesse le crayon feutre sur la forme, comme si elle était incapable de sortir du cercle. La semaine suivante les deux parents arrivent, ils sont conscients que quelque chose ne va pas, mais comme tous les parents, ils espèrent que cela va passer. En abordant l'anamnèse, les parents semblent hésiter et disent qu'à la maison elle est très proche du père, mais n'a pratiquement pas de relation à la mère. S'est-il passé quelque chose de particulier depuis sa naissance ? Les parents mettent du temps à révéler que la petite, en voulant promener son frère encore bébé, l'a fait tomber... Meriem est présente à l'entretien, je la regarde souvent et l'intègre dans l'entretien, elle ne dit rien mais suit avec grande attention ce qui se dit. La mère la prend dans ses bras et lui demande pardon. Je donne quelques conseils aux parents et leur demande de toujours faire l'effort d'expliquer les choses et en cas de colère, de revenir sur le problème et de faire comprendre à l'enfant pourquoi on a été en colère et de s'excuser en cas d'erreur. Alors qu'elle n'ouvrait pas la bouche en classe, à peine une heure après l'entretien, son éducatrice est venue en courant me demander de venir : « Meriem va raconter une histoire ». La semaine suivante, je lui tend une feuille et lui demande de faire un dessin. Le premier dessin exprime le vécu de son rapport à la mère qui est proche du petit frère presque collé à elle, alors que Meriem est loin, renversée et sans lien avec la maman, je dessine un trait qui la relie à sa maman et je lui dis « ce n'est pas mieux comme ça ?! », elle me regarde en coin, puis hoche la tête pour dire 'oui'. Le processus était lancé, Meriem a progressé et est devenue une enfant, toujours calme, mais bien intégrée dans le groupe : elle s'exprime et participe, ses liens avec sa mère se sont consolidés.

Les jeunes psychologues qui n'ont pas beaucoup d'expériences cherchent dans les livres des recettes pour avoir la bonne attitude, la

mieux appropriée. C'est très important de lire, mais ce qui est important ce n'est pas des recettes toutes faites, mais c'est en lisant, écoutant, en prenant connaissance de différents points de vue que nous apprenons et forgeons notre propre voie. Les recettes toutes faites ne servent pas à grand-chose car chaque personne est particulière et chacune exprime à sa façon sa souffrance. Il faut lire, s'interroger, chercher pour trouver ses propres gestes, ses propres mots qui pansent les blessures. Ne pas oublier de recourir à la culture ambiante qui permet de ramener les choses à la compréhension des sujets, à un langage qui leur est intelligible. L'intuition, l'écoute totale, la compréhension, l'empathie sont d'excellentes recettes.

Bibliographie générale

- Anthony E.J., Chiland C., Koupernik C. (1982), *L'enfant dans sa famille, l'enfant vulnérable*, tr. Fr., Paris, PUF.
- Bader J. M., Le stress met les neurones à mort, *Science. et vie*, oct. 1991, n° 889.
- Benghabrit-Remaoun N., Benamar A., Keddar Kh., Moutassem-Mimouni B., Senouci Z., Itinéraires de scolarisation et espaces de socialisation, *Insaniyat* 6, 1998, 35-41
- Bouras M., Rainbaut G., Le nanisme psychosocial, *Enfance*, 1982, numéro spécial.
- Bowlby J. (1978), *Attachement et perte*, Paris, PUF, (Tomes I et II).
- Cyrulnik B. (dir.) (2001), *La résilience : le réalisme de l'espérance*, Toulouse, éditions ERES.
- Cyrulnik B (dir.) (1998), *Ces enfants qui tiennent le coup*, Paris, Hommes et perspectives.
- Cyrulnik B. (2001), *Les vilains petits canards*, Paris Odile Jacob.
- Desbuquois G. (1979), *L'enfance malheureuse*, Paris, Flammarion.
- Draou N., Prise en charge thérapeutique d'un enfant carencé, mémoire en psychologie clinique, Oran, 1986.
- Freud A. (1968), *Le normal et le pathologique chez l'enfant*, Paris, Gallimard.
- Freud A. (1949), *Le moi et les mécanismes de défense*, PUF, Paris.
- Moutassem-Mimouni B. (1980), Les carences de soins maternels, CRIDSSH, Oran.
- Moutassem-Mimouni B. (2000), *Naissances et abandons en Algérie*, Karthala, Paris.
- Moutassem-Mimouni B. (2001), *Naissances et abandons en Algérie*, Karthalla, Paris. (2^{ème} édition Ibn Khaldoun, Oran, 2003.)

- Moutassem-Mimouni B. (2001), « Le jeu chez l'enfant : approche psychologique », Séminaire international de formation des éducatrices, organisé par le GRAPS en partenariat avec l'équipe pédagogique des jardins de SONATRACH.
- Moutassem-Mimouni B. (2001), « Résilience des enfants abandonnés en Algérie », *La résilience : le réalisme de l'espérance*, ouvrage collectif, Fondation Pour l'Enfance, éditions Erès, Toulouse.
- Moutassem-Mimouni B. (2000), « Capacité de créativité et adaptation scolaire à travers le dessin », rapport de recherche *Itinéraires de scolarisation et espaces de socialisation*, sous la direction de Benghabrit-Remaoun N et coll., Editions CRASC, Oran.
- Moutassem-Mimouni B. (2005), « Les parents d'enfants préscolarisés et les changements sociaux », in *Le préscolaire en Algérie : état des lieux et perspectives* sous la direction de Benghabrit-Remaoun N et coll., Editions CRASC, Oran.
- Perron R. (1992), Le psychologue clinicien, l'enfant et l'adolescent, consultation et prise en charge, *Revue Psychologie*, N°3, SARP, Alger.
- Spitz R. A. (1968), *Psychogenèse du Moi*, Bruxelles, Editions Complexe.
- Widlöcher D. (1978), *Les dessins d'enfants*, Paris, PUF.
- Winnicott D. W. (1969), *Pédiatrie et psychanalyse*, Paris, P. B. Payot.
- Winnicott D. W. (1975), *Fragment d'une analyse*, Paris, P. B. Payot.