



HAL
open science

Processus dépressif chez l'adolescent déficient moteur avec troubles cognitifs associés, accueilli en Institut d'Éducation Motrice : étude qualitative et prospective

S. Pivry, G. Bréchon, R. Scelles

► To cite this version:

S. Pivry, G. Bréchon, R. Scelles. Processus dépressif chez l'adolescent déficient moteur avec troubles cognitifs associés, accueilli en Institut d'Éducation Motrice : étude qualitative et prospective. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2020, 68 (2), pp.83-92. 10.1016/j.neurenf.2019.11.005 . hal-03365065

HAL Id: hal-03365065

<https://univ-tours.hal.science/hal-03365065>

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Processus dépressif chez l'adolescent déficient moteur avec troubles cognitifs associés, accueilli en
Institut d'Education Motrice : étude qualitative et prospective

Depressive process in young people with physical disability and cognitive disorders, in the
care of a special school: a qualitative and prospective study

S. Pivry ^{a,*}, G. Bréchon ^a, R. Scelles ^b

^a E.A. 2114 : Psychologie des Ages de la Vie et Ajustement (PAVeA), département de
psychologie, université de Tours, 3 rue des Tanneurs, 37041 Tours Cedex 1, France

^b E.A. 4430 : Clinique, Psychanalyse, Développement (CLIPSYD), département de
psychologie, université de Paris Nanterre, 200 avenue de la République, 92001 Nanterre Cedex,
France

Auteur correspondant :

S. Pivry : 06.85.28.43.18

sophie.pivry@wanadoo.fr

* Auteur correspondant

Résumé

L'objectif de l'étude est d'explorer ce que vivent les adolescents atteints de déficiences motrices avec troubles cognitifs associés, en mettant le focus sur les processus dépressifs maturatifs ou pathologiques.

Participants et méthode : Six adolescents présentant une déficience motrice avec des troubles cognitifs associés et accueillis en institut d'éducation motrice en internat ont participé à l'étude.

Différents outils ont été utilisés : un entretien semi-directif, les planches de la version pour adolescent de l'épreuve projective le Dynamique Personnelle et Images (Perron, 1969), analysées selon la grille de cotation élaborée par l'Ecole de Paris et selon la grille d'élaboration de la position dépressive d'Emmanuelli, ainsi que l'Echelle Composite de Dépression (Berndt, Kaiser et Castro, 1999).

Résultats : Les résultats mettent en évidence la présence d'affects dépressifs, d'une souffrance psychique, ainsi qu'un sentiment d'impuissance et une insécurité affective. L'inhibition et une recherche d'étayage émergent chez ces adolescents qui sont en difficulté pour mobiliser leurs ressources. L'avenir est problématique pour eux. Ils sont souvent dans une grande solitude, échangent peu avec leurs pairs et ne trouvent de soutien que chez les professionnels.

Conclusion : Cette étude exploratoire montre la nécessité de mieux prendre en compte leurs souffrances psychiques, et de les accompagner dans l'élaboration de la position dépressive. Il s'agit aussi de favoriser le déploiement de leurs relations sociales.

Mots clés : handicap ; déficience motrice ; troubles cognitifs ; dépression ; adolescence ; épreuve projective

Abstract

Objective: The aim of the present study is to investigate the experience of adolescent life in young people affected by physical disability and cognitive disorders, in order to focus on the maturative or pathological depressive processes. This qualitative and exploratory study explores the subjective experience of these adolescents and aims to compensate for the lack of research into the understanding of depressive affects present in some young people with a disability at this particular period of their life.

Methods: Six adolescents with physical disability and cognitive disorders (with cerebral palsy or progressive neuromuscular disease) in the care of a special school (Institut d'Education Motrice - IEM), a boarding school, participated in this study. Based on an inductive approach, tools used are identical to those used in clinical practice. A semi-directive interview, the DPI (Perron, 1969), a projective test on the development of self-image, and the MDI-C (Castro, 1999), providing data on elements from the depressive register and their signification, were used.

Results: The results indicate the emergence of depressive feelings, a psychological distress, a sense of powerlessness and an insecure attachment. The results indicate also that these adolescents present an inhibition and search for scaffolding because they have difficulty to mobilize their resources. Projection in the future is also complex for them. They often have great loneliness, and exchanges with their peers, other adolescents, are infrequent. They only find support from professionals, not from other young people, whereas in adolescence the peer group is normally a resource.

Conclusion: This study offers clinical perspectives in caring for young people and their family. It shows the need to take more into account the intrapsychic life of these adolescents, to detect their resources to help themselves and better take into account their psychics suffering. It is also necessary to help them to elaborate on their depressive position. Accompanied, the depressive affects can take a structuring dimension and can develop these adolescents' abilities to talk about themselves, to think of themselves as a unique and autonomous person. It is also a question of favoring the deployment of their social relations. The methodology used confirms the need to conduct clinical research with this population, to understand better what is at stake at this period, and the importance of depressive affects.

Keywords : physical disability ; cognitive disorders ; depression ; adolescence ; projective test

1. Introduction

Si l'adolescence a fait l'objet de nombreux travaux, peu se sont intéressés aux situations de handicap. Or, la pratique clinique, les quelques études qui existent, montrent que le fait d'avoir une déficience motrice et/ou cognitive, a une influence sur le processus d'adolescence [1,2]. Par ailleurs, les progrès en matière de soin permettent à ces jeunes de vivre de plus en plus longtemps et de mieux en mieux. Le développement des politiques d'inclusion conduit aussi à s'interroger sur le processus d'adolescence et ses issues, ainsi que sur la manière dont ces adolescents peuvent bénéficier de ces politiques.

Les remaniements intrapsychiques et relationnels présents à cette période menacent l'équilibre de l'adolescent, ce qui fait dire à certains auteurs [3] qu'il n'y a pas d'adolescence normale sans dépression, ou plus exactement sans moment dépressif, sans dépressivité. Ainsi ces moments dépressifs à l'adolescence peuvent ouvrir sur une évolution salutaire comme conduire l'adolescent à s'enfoncer dans cet état aux effets négatifs à long terme [3]. En effet, durant cette période le sujet va mettre en place les jalons nécessaires au dépassement de la dépression [4], même si cette élaboration ne peut être réalisée que dans la post-adolescence [4]. Cependant, certains indices peuvent témoigner de « potentialités «en devenir» de cette élaboration [...] permettant de situer le sujet sur un continuum d'évolution vers le dépassement de la position dépressive » [4] : l'accès à l'ambivalence des sentiments, la sensibilité à la perte, l'utilisation de modalités défensives en tant qu'indice de lutte contre la dépression.

C'est précisément pour explorer la question spécifique de la dépression chez des jeunes adolescents vivant en internat en milieu spécialisé que cette étude qualitative prospective a été menée. Pour cela, 6 jeunes de 14 à 17 ans, vivant en internat de semaine ou séquentiel (de une à trois nuits par semaine) dans un Institut d'Education Motrice (IEM) ont été rencontrés pour un entretien de recherche et un test projectif. L'objectif était de mieux comprendre ce qu'ils

vivent et s'ils présentent, ou non, des affects dépressifs. Il s'agissait aussi de repérer ce qu'ils disent de leurs souffrances, ce qui les provoquent mais aussi les ressources qu'ils disent avoir, celles qu'ils souhaiteraient.

1.1. La déficience motrice : des réalités diverses et variées

S'il est commun de parler de déficience motrice au sens large, cette notion recouvre différentes pathologies, dont les atteintes, les évolutions divergent. Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons plus particulièrement à la paralysie cérébrale (PC) et à certaines maladies neuromusculaires évolutives (MNE). La PC désigne un groupe de troubles permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, imputables à des évènements ou atteintes non progressives survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson [5]. Des troubles associés peuvent être présents à des degrés divers (sensoriels, perceptifs, cognitifs, de la communication et du comportement, de l'épilepsie et des problèmes musculosquelettiques secondaires). Les MNE constituent un ensemble de pathologies du muscle [6]. Dans le cadre de cette recherche, l'intérêt s'est porté sur la dystrophie musculaire de Duchenne de Boulogne et la dystrophie myotonique de Steinert. Au handicap physique, peuvent également s'ajouter, à des degrés variables, des déficits intellectuels et/ou des troubles associés, rendant complexes certains apprentissages.

Ainsi lorsque les troubles associés sont présents dans les PC ou MNE, ils peuvent se combiner et impacter l'expression, la compréhension verbale et les capacités d'élaboration de la pensée. S'ajoutent des difficultés dans l'organisation temporelle qui peuvent faire obstacles à la communication d'information concernant la manière dont le sujet peut rendre compte de son histoire [7].

1.2. Adolescence

L'adolescence est un temps d'organisation psychique en raison des remaniements intrapsychiques et relationnels accompagnant les transformations pubertaires. Elle remet en question les acquis antérieurs et l'équilibre narcissico-objetal [8]. Avec la reprise des conflits antérieurs, l'adolescent doit également élaborer la problématique de séparation d'avec la famille d'origine pour investir le milieu extérieur et nouer des liens amoureux et amicaux. A ce moment, les assises narcissiques sont fragilisées et des mouvements dépressifs peuvent émerger, en raison de la confrontation à la nouveauté et à l'inconnu, mais également en raison de la perte des repères de l'enfance [3,9]. L'insécurité qui en résulte peut raviver certains éprouvés anciens de perte d'objet d'amour et renvoyer le jeune à la position dépressive décrite par Mélanie Klein. A chaque tentative d'investissement d'objet externe, la perte immédiate de l'objet est susceptible de se produire, pouvant entraîner l'adolescent de la position dépressive normale à la dépression pathologique [10].

1.3. Adolescence et handicap

Le sujet atteint d'un handicap doit affronter les mêmes conflits que les autres adolescents ainsi que des conflits particuliers en raison des conséquences des déficiences (évolution des déficiences, dépendance extrême aux autres, interventions importantes des professionnels dans leur vie...) [11,12] : les limites imposées par le handicap viennent donc impacter le vécu de l'adolescence, du fait de l'atteinte de « l'intégrité somato-psychique » [13]. L'adolescent a souvent une mauvaise image de lui-même [14] et il se sent coupable d'être ce qu'il est [1]. Il peut aussi envier de manière douloureuse la normalité de sa fratrie et des amis qui peuvent vivre leur adolescence de manière plus libre. Il faut également envisager de façon particulière la manière de devenir autonome psychiquement tout en prenant en compte la dépendance dans la réalité : la dépendance physique rend en effet complexe la distanciation avec les parents et entraîne une proximité relationnelle dans les soins du quotidien, au-delà de

ce qui est normalement présent à cet âge.

La souffrance des parents, leur culpabilité, leur désir de ne pas laisser partir cet enfant sont réactualisés avec l'apparition de la puberté [15]. La période d'adolescence réactive donc différents questionnements pour le jeune et ses parents. Les manques et les limitations dus au handicap peuvent alors s'apparenter à des castrations réelles, confrontent à l'inacceptable de la différence et de la solitude, et entravent le développement de la vie psychique [12]. La dépendance extrême à l'autre, les empêchements du fait des déficiences complexifient donc le travail d'autonomie. De plus, les jeunes en situation de handicap ont un réseau relationnel ainsi qu'une vie sociale restreints [16, 17]. Ce manque d'autonomie et d'occasion de rencontrer des pairs non familiaux rendent peu fréquentes les opportunités d'expérimenter leur pouvoir de séduction, leur désirabilité dans les yeux des autres [18-20].

L'adolescent handicapé est confronté à différents renoncements (deuil de sa normalité, de son intégrité, de son autonomie), à un corps qui fait souffrir et qui est l'objet de nombreux soins. Une atteinte narcissique ainsi que des affects dépressifs peuvent émerger lors de cette période [14], accompagnés de période de découragement [21] sur lesquels ils s'expriment peu entre pairs. Ainsi, les questions relatives à la vie sexuelle, amicale, à l'avenir sont plus souvent évoquées avec des professionnels qu'avec des amis [17].

La déficience représente alors un facteur de risque de dépression à l'adolescence [22]. Cependant, différents auteurs ont montré les enjeux dynamiques associés à certains épisodes dépressifs à l'adolescence chez des sujets déficients intellectuels, épisodes pouvant être analysés comme une tentative de se séparer des parents, de se construire et de s'individuer [11, 16]. Certains épisodes dépressifs peuvent donc avoir des effets maturatifs. Aussi, il est donc important de reconnaître et de soutenir les manifestations de souffrance, bien que celles-ci soient difficiles à repérer en raison de la déficience [12, 23].

2. Méthodologie

2.1. Etude exploratoire

Il s'agit, à travers une démarche inductive, d'explorer les processus en jeu lors de l'adolescence, en menant des entretiens de recherche et en utilisant un test projectif avec des adolescents. Cette méthodologie a permis, à partir de cas singulier, d'explorer de manière détaillée les processus en jeu lors de cette période, les ressources et les entraves au bon déroulement du processus d'adolescence.

2.2. Objectifs

Tout en repérant ce qui se passe au niveau intrapsychique et relationnel lors de cette période, nous nous sommes particulièrement intéressées aux affects dépressifs. Ceci devrait permettre d'améliorer l'accompagnement proposé, en prenant davantage en compte la souffrance psychique et en saisissant le sens des symptômes présentés.

2.3. Participants

Les six participants de cette étude sont des adolescents, âgés de 14 à 17 ans, présentant une déficience motrice avec troubles cognitifs associés (Tableau 1).

Ils sont scolarisés dans un IEM à la périphérie d'une ville moyenne, recevant des jeunes âgés de 4 à 20 ans. Ils sont tous en internat complet ou internat séquentiel. Quatre de ces jeunes ne voient leur famille que le week-end, et ce, depuis plusieurs années pour certains. Ils connaissent peu, voire pas, les jeunes de leur quartier et les occasions de rencontres et d'autonomisation sont peu fréquentes en raison de leurs conditions de vie. Ils ont donc peu d'opportunité de rencontrer des pairs non handicapés, de fréquenter les lieux de loisirs des jeunes et vivent au quotidien avec les mêmes adultes et les mêmes jeunes depuis longtemps. Ils n'ont pas choisi les jeunes qui partagent toute la journée et la soirée leurs activités.

(Tableau 1)

Toutes les précautions éthiques ont été respectées, parents et jeunes ont signé un consentement éclairé suivant les règles en cours dans ce type d'étude.

2.4. Méthodologie

Pour explorer la complexité du vécu des adolescents, compte-tenu de leurs difficultés dans la communication au niveau expressif et compréhensif, nous avons adopté une triangulation des outils [24]. Ceci permet de fonder une démarche épistémologique et empirique contextualisée, et confère, selon Apostolidis [25], de la validité et de la rigueur aux démarches qualitatives en combinant différents outils visant à vérifier l'exactitude et la stabilité des données recueillies. Elle est donc particulièrement intéressante lorsque la population présente des difficultés d'expression, de compréhension et d'élaboration, nécessitant de ne pas s'en tenir aux seuls entretiens.

2.4.1 Entretien semi directif de recherche

Un entretien semi-directif portant sur le vécu de l'adolescence a été réalisé avec ces jeunes dans leur institution. La conduite visait à favoriser un discours autocentré et réflexif [26] à partir d'une question suffisamment ouverte pour laisser l'adolescent déployer son discours (« Je m'intéresse à ce que tu vis (vous vivez) quand tu rentres (vous rentrez) chez toi (vous). J'aimerais que tu me parles (vous me parliez) de la (votre) vie, de ce que tu vis (vous vivez), ce que tu ressens (vous ressentez) ... ». La grille d'entretien visait à explorer ce que ces jeunes vivaient sur le plan intrapsychique et relationnel (place et relation avec les parents et/ou la fratrie dans le quotidien ; perception de leur vie affective, relationnelle, sociale ; activités et loisirs ; envies, désirs et projets, projection dans leur devenir ; évocation de leur corps, de leur handicap) ; et repérer dans leur discours des éléments pouvant faire penser à l'existence chez certains d'une dépression.

Il faut noter que certains entretiens étaient pauvres avec des phrases courtes, pas toujours compréhensibles. Ceci impose une analyse du texte mais aussi des conditions de la rencontre et de la mise en regard de ce qui est dit avec la manière dont cela est dit. Il est aussi important de noter que la chercheuse ayant mené les entretiens connaissait cette population, ses difficultés d'expression et souvent de compréhension, ce qui a favorisé le bon déroulement des rencontres.

Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés selon la méthode d'analyse de contenu thématique de Bardin [27]. Le résultat était mis en relation avec la manière dont l'entretien s'est déroulé et le dialogue non verbal noté au cours de l'enregistrement.

2.4.2 Dynamique Personnelle et Images

Afin d'avoir accès à des éléments plus centrés sur la dynamique intrapsychique et de mettre en évidence une conflictualité qui n'apparaît pas nécessairement dans les entretiens, une épreuve projective a été utilisée. Les planches choisies sont issues du Dynamique Personnelle et Images (DPI) de Perron [28]. Elles permettent d'appréhender le développement de certains aspects de la personnalité, les altérations de l'image de soi, tout en prenant en considération la dimension relationnelle. Elles permettent également de repérer s'il y a une sensibilité à la perte, d'appréhender les modalités de son traitement, la manière dont les sujets gèrent cette perte.

La version destinée aux adolescents et aux adultes a été proposée [28], complétée des planches 9 et 14 en raison de leurs problématiques. Nous avons revisité et actualisé la démarche d'analyse proposée par Perron [28] en utilisant la grille de lecture et la cotation des projectifs thématiques proposés par l'École de Paris [29]. De plus, l'échelle de cotation de l'élaboration de la position dépressive en six points proposée par Emmanuelli [4, 30] (cf. annexe 1) a été appliquée à certaines planches spécifiques (3, 8, 4, 9 et 15) qui contraignent le sujet à recourir à ses objets, mettant ainsi en évidence ses capacités d'élaboration de la position dépressive (cf. Annexe 2).

Les planches du DPI, en raison de leurs caractéristiques (noir et blanc, ambiguïté, contenu latent de certaines planches), placent le sujet face à la représentation de la solitude et sollicite sa capacité à évoquer un objet perdu ou absent. Les adolescents sensibles à la dépression et à la perte répondent à la consigne en traitant les récits dans le champ dépressif [4].

2.4.3 Echelle composite de dépression MDI-C

Afin d'évaluer l'existence d'une dépression, l'Echelle Composite de Dépression pour Enfant de Berndt, Kaiser et Castro [31] a été utilisée. Cette auto-évaluation de la dépression et de ses caractéristiques associées, pour enfants et adolescents de 8 à 17 ans, évalue, à travers 79 items, huit dimensions : l'anxiété, l'estime de soi, l'humeur triste, le sentiment d'impuissance, l'introversion sociale, la faible énergie, le pessimisme et la provocation, permettant d'affiner l'analyse du score total.

Compte-tenu de la déficience motrice et des troubles associés présentés par les adolescents, le dispositif de passation a été adapté, la consigne ainsi que les différents items ont été lus aux sujets et nous avons coché leurs réponses.

3. Résultats

La combinaison et la mise en regard de chacun des outils a permis de répondre aux questions posées.

3.1 Apport des entretiens

3.1.1 Une souffrance psychique en lien avec le handicap

Les entretiens montrent l'existence d'une souffrance psychique que les jeunes mettent explicitement en lien avec leur handicap. En se référant à la théorie de Gutton [32], il est possible de se demander si le handicap est parfois utilisé comme mécanisme de défense pour

éviter d'avoir à affronter les conflits liés au processus d'adolescence. Les périodes de doute et de mal-être sont évoquées en lien avec les limitations physiques dues au handicap, l'évolution de celui-ci dans les cas de MNE, la fatigue et les douleurs.

Les jeunes évoquent leur handicap en soulignant à quel point il entrave ce qu'ils souhaiteraient faire et provoque un isolement de la vie sociale en général mais aussi de la vie de famille. Ils notent qu'ils n'ont pas du tout ou très peu de contacts avec des pairs non handicapés ; si certains disent en souffrir, la plupart considère cela comme une sorte de fatalité. Il n'est pas question de révolte, de colère, de désir d'aller contre « cette réalité ».

3.1.2 L'isolement social

Les liens avec les adultes et les pairs sont donc très restreints et principalement centrés sur l'établissement, hormis pour Nolwenn, qui a par le biais d'une activité, des relations avec des jeunes de son village. Les jeunes évoquent peu, et pour certains pas du tout, de relations aux pairs électives (ami ou amoureux), en revanche les relations électives avec les professionnels sont souvent abordées. Ils évoquent aussi un positionnement différent de leurs parents et des professionnels sur leur devenir.

3.1.3 Des pairs non choisis et ne constituant pas des ressources

Pour ces jeunes, le groupe de pairs ne représente pas vraiment une ressource, pourtant classique à l'adolescence. Si la famille reste un sujet central dans les discours, les professionnels ou plutôt certains d'entre eux, deviennent une ressource. Tous les adolescents bénéficient d'un suivi psychologique qui permet à certains d'exprimer leur souffrance, leurs conflits internes, leurs questionnements quant à l'avenir. Pour certains, il leur permet également d'être davantage compris. Les éléments recueillis nous permettent de dire que ce suivi leur donne la possibilité de mettre en mots et d'élaborer leur vécu, leurs souffrances, d'aider au travail de séparation et

de constitution en tant que sujet, de découvrir des parties d'eux-mêmes inconnues. Cependant l'accès à cette souffrance peut être complexe en raison des troubles associés.

3.1.4 La difficulté à s'inscrire dans une histoire s'inscrivant dans le temps

Il est parfois très difficile pour ces jeunes de raconter leur histoire en l'inscrivant dans le temps. Leur histoire est jalonnée de faits souvent traumatiques, ayant infléchi leur histoire (évolution de la maladie, entrée en internat, séparation des parents) mais il est parfois difficile de comprendre exactement quand ces événements ont eu lieu. L'avenir est peu évoqué et toujours de manière dysphorique, il n'est pas celui qu'ils auraient aimé, il ne sera pas « comme » celui de leur fratrie, ni comme celui que leurs parents avaient envisagé pour eux.

3.2 DPI : une position dépressive difficilement élaborable

3.2.1 Temporalité et absence d'avenir

Le DPI invite le sujet à donner un récit qui nécessite d'être organisé dans le temps, induisant implicitement l'idée d'un début et d'une fin. Ce déploiement dans le temps est signifiant de la capacité du sujet à s'inscrire dans une histoire, dans son histoire. La majorité des récits produit par les sujets est au présent. Le passé et le futur ne sont évoqués que suite aux sollicitations de la chercheuse. Cette focalisation sur le présent ne permet pas d'axer le récit sur une « analyse psychologique du héros », comme cela peut se retrouver dans certains récits d'adolescents au présent [28]. Or, la notion de continuité dans le temps est garante d'une certaine activité de pensée et d'une certaine inscription psychique. La capacité à lier représentations et affects sans être débordée dépend donc des capacités des adolescents à investir leur pensée, leur réalité interne et externe, ainsi que leurs capacités réflexives [33, 34].

3.2.2 Procédés du discours

La liaison entre représentations et affects se révèle par ailleurs par les procédés du discours traduisant des affects modulés ou intenses, associés à des représentations de perte. Leur absence ou la présence de procédés renvoyant à des affects plaqués signale l'échec de la liaison [4].

La cotation des différents récits met en évidence une inhibition importante avec une utilisation massive des procédés de la série CI (évitement du conflit), et en particulier CI-1¹ et CI-2² et une quasi-absence de procédés CI-3³.

L'expression d'affects est possible mais elle reste contenue, peu de procédés renvoyant à des affects forts sont relevés. En revanche, les procédés renvoyant à des états émotionnels de peur (B2-4) apparaissent à différents moments du protocole, sans de réelle résolution possible. Enfin, des procédés CM-1⁴ sont utilisés par les sujets, majoritairement de valence négative (personnages perdus, seuls, en recherche d'étayage) ou dans une recherche d'étayage par le biais de questions au clinicien.

Cette prévalence des procédés d'inhibition peut s'expliquer par les capacités langagières restreintes de ces jeunes en raison du handicap. Les difficultés d'élaboration du langage peuvent questionner la pertinence de l'utilisation de cette méthode d'analyse du discours. Cependant, l'analyse du langage reste intéressante auprès de cette population dans la mesure où elle fait ressortir l'utilisation d'autres procédés mettant en évidence une sensibilité affective, une dynamique intrapsychique et relationnelle, ainsi qu'une souplesse de fonctionnement chez certains jeunes. Néanmoins, il est apparu nécessaire, compte-tenu de l'objet de cette étude portant sur les éléments dépressifs, d'approfondir l'analyse en ayant recours à la grille d'élaboration de la position dépressive d'Emmanuelli [4, 30].

¹ CI-1 : tendance générale à la restriction

² CI-2 : motifs des conflits non précisés, anonymat des personnages

³ CI-3 : éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêt dans le discours.

⁴ CM-1 : accent porté sur la fonction d'étayage de l'objet (valence + ou -) ; appel au clinicien

3.2.3 *Evaluation de l'élaboration de la position dépressive*

Si trois histoires n'ont pu être cotées à partir de la grille d'élaboration de la position dépressive [4, 30], (Gaspard a refusé la planche 8, Noémie a donné deux récits très éloignés du contenu manifeste, vraisemblablement en raison de ses troubles visuo-perceptifs), cette grille de lecture permet de mettre en évidence des résultats contrastés : l'élaboration de la dépression existe chez deux adolescents (Nolwenn et Paul), elle est difficile pour un adolescent (Gaspard) et elle n'est pas repérable pour les trois autres (Blandine, Léo et Noémie).

La figure 1 reprend la répartition par sujet des cotations à l'échelle d'évaluation de la position dépressive et permet de mettre en évidence ces contrastes.

Paul et Nolwenn ont un meilleur niveau d'élaboration de la position dépressive à certaines planches, avec des récits cotés 2 (évocation de l'absence ou de la perte d'un bon objet, représenté dans son intégrité et dans son autonomie). Cependant ce niveau d'élaboration n'est pas présent à toutes les planches, puisque les autres récits sont cotés 5 (procédés essentiellement narcissiques : évocation d'un sentiment de déperdition massive - d'ordre physique ou psychique - sans lien avec l'absence ou la perte de l'objet) ou 6 (dénier du manque, de l'atteinte) : même si ces jeunes ont des capacités pour gérer la perte, celles-ci restent complexes à mobiliser.

Malgré l'inhibition et grâce à l'étayage, Gaspard peut évoquer l'absence ou la perte d'un bon objet qui garde un caractère partiel (cotation 3) dans un récit : l'élaboration de la position dépressive est difficilement repérable mais pas impossible. Cependant, ses autres récits sont cotés 4 à 6.

On ne retrouve pas cette capacité chez Blandine, Léo et Noémie. En effet, pour ces trois adolescents, l'élaboration de la position dépressive n'est pas repérable, les récits qu'ils donnent sont cotés 4 (sentiment de déperdition narcissique modérée sans lien avec l'absence ou la perte d'un objet ; banalisation avec atteinte légère), 5 ou 6.

Cette analyse permet donc de mettre en évidence que la gestion de la perte, l'élaboration de la position dépressive et la liaison représentations-affects, apparaissent difficiles, et associés à une atteinte narcissique chez ces adolescents. Par ailleurs, des thèmes d'impuissance sont relevés, les personnages sont majoritairement perçus comme passifs, impuissants et pouvant subir les situations. Les récits permettent rarement d'évoquer l'absence ou la perte d'un bon objet, qu'il soit représenté dans son intégrité et son autonomie (cotation 2) ou qu'il garde un caractère partiel (cotation 3). En revanche, cette évocation n'est jamais possible avec la présence d'un objet réparateur ou substitutif de l'objet perdu (cotation 1). Il y a une prévalence des cotations 5 dans l'ensemble des récits ainsi que des cotations 6 : l'affect dépressif n'est pas exprimé.

3.3 *Echelle d'évaluation de la dépression*

Le tableau 2 présente les résultats globaux obtenus à l'échelle d'évaluation de la dépression, MDI-C [31]. Les scores obtenus à l'échelle globale montrent que deux adolescents (Noémie et Paul) présentent une symptomatologie dépressive⁵. On constate également que plusieurs adolescents présentent un score significatif à différentes dimensions de l'échelle (figure 2).

Seuls Paul et Léo présentent une estime de soi déficitaire (*), ce qui contraste avec les données issues des entretiens et du projectif, où une fragilité narcissique ressort pour tous les adolescents. Il en est de même avec la dimension Sentiment d'impuissance qui est significative uniquement pour Gaspard (*) et Noémie (**), avec le sentiment de ne pas être écoutés ni entendus dans leurs difficultés par les autres, et en particulier les pairs. En effet, les parents ne sont pas mis en cause dans cette dimension, les adolescents affirmant être l'objet d'attention de

⁵ Note entre 56 et 65 : symptomatologie faible à modérée (*)
Note entre 66 et 75 : symptomatologie modérée à sévère (**)
Note > 75 : symptomatologie sévère (***)

leur part et écoutés par eux. La dimension Introversiion Sociale, où Nolwenn (*), Noémie et Paul (**) présentent un score significatif et Blandine, Gaspard, Léo en sont à la limite, va également dans le sens d'un manque de liens horizontaux, comme les autres outils et la clinique ont pu le montrer. L'anxiété est manifeste pour Noémie et Paul (*) mais elle diffère qualitativement : si pour Noémie, les signes physiques d'angoisse, d'inquiétude, sont peu évoqués, pour Paul, ce sont ces éléments qui sont mis en avant. Cependant, la tristesse et l'ennui sont présents chez Noémie, expliquant qu'elle est la seule adolescente à avoir un score à la dimension Humeur Triste significatif (*). Seul Paul présente une forme de Pessimisme quant à son avenir et un sentiment de découragement (*). Or ce résultat ne va pas dans le sens des entretiens et du DPI qui ont pu mettre en évidence que si les adolescents peuvent se projeter dans un avenir professionnel, protégé ou non, ou dans un foyer pour adultes, ils ne sont que deux à envisager la possibilité d'avoir une vie de famille, indiquant leur difficulté à se penser comme pouvant faire génération à leur tour, ne pouvant s'identifier à la fonction parentale. La Faible Energie se retrouve chez Noémie et Paul (*) pour lesquels la note totale à l'échelle a mis en évidence une dépressivité. Enfin, la dimension Provocation n'est présente que chez Blandine (*), s'expliquant par « son mauvais caractère » selon elle et par le fait qu'elle peut « s'emporter » assez facilement, sans pour autant qu'il ne s'agisse d'un trouble du comportement.

Au-delà du score global à la MDI-C [31], cette échelle permet de repérer la qualité des liens et de l'être au monde de ces adolescents et fait ressortir leur difficulté à nouer des relations sociales et à aller vers les autres. Par ailleurs, il ressort que les jeunes présentant une maladie neuromusculaire évolutive (Gaspard, Léo et Nolwenn) ne présentent pas, à travers cet outil, de dépression (tableau 2), ce qui peut conduire à revisiter la manière de penser la vie psychique de ces jeunes à cette époque de leur vie.

4. Discussion

Cette étude montre que les adolescents rencontrés présentent des signes de processus d'adolescence et dépressifs qui prennent parfois des voies et des formes différentes de celles empruntées par l'adolescent ordinaire [12, 13]. Si les processus de séparation sont souvent problématiques comme il a été évoqué dans la partie théorique [35], la distanciation avec les figures parentales, bien que difficile, n'est pas toujours impossible. Pour tous, la mise en œuvre du travail de gestion de la séparation et de la perte est complexe en raison :

- de l'existence d'une mauvaise estime de soi, d'un sentiment de honte et de culpabilité, notamment de faire souffrir ses parents ;

- de l'absence de pairs comme ressources ; en effet, la littérature montre l'importance du groupe de pairs pour opérer le passage du « dedans » de la famille, du « dedans » de l'institution pour imaginer un avenir ;

- des attachements aux figures parentales et aux professionnels qui sont centraux dans les entretiens comme dans les projectifs ;

- du manque de révolte, de colère qui peut se comprendre par l'extrême dépendance dans laquelle ils sont en raison de leurs déficiences et par leur isolement car ils sont en internats loin d'une vie sociale diversifiée. De ce fait, d'autres aides que celles de la famille et des professionnels ne paraissent pas imaginées, envisageables, expérimentées.

Les adolescents utilisent des « stratégies » pour dissimuler leur souffrance vis-à-vis de leur famille et des professionnels, et pour donner une autre image d'eux. Ainsi, ils paraissent vouloir protéger leurs parents, s'excuser des difficultés qu'ils provoquent du fait de leur handicap, permettant de préserver leur entourage de la souffrance, d'éviter la confrontation à l'épreuve de la séparation, qui peut être aussi douloureuse pour l'adolescent que pour sa famille [15].

Les résultats obtenus invitent à être vigilant sur le fait que la souffrance psychique peut passer inaperçue et donc être peu prise en compte sous couvert d'une adaptation de surface [12]. Or à l'adolescence, l'expression de la révolte, tout comme celle de la souffrance, est fondamentale car c'est le signe d'une vitalité psychique, d'un processus de subjectivation en œuvre [36] et, lorsque ces affects dépressifs sont mis au travail, notamment par le biais d'un travail psychothérapeutique, ils peuvent être structurants [12, 36].

Les figures parentales apparaissent peu sécurisantes et la souffrance des parents en lien avec le handicap est clairement évoquée. Il est probable que les circonstances de la naissance de ces adolescents, l'annonce de la maladie, des risques de décès, des hospitalisations et séparations parfois longues, impactent le processus d'attachement, qui, dans ces circonstances, est qualifié d'atypique par certains auteurs [37, 38]. Ainsi, les enfants puis les adolescents ne trouvent pas toujours les ressources nécessaires pour faire face à certains conflits, et ne peuvent pas utiliser une figure d'attachement comme base de sécurité. Il apparaît donc nécessaire de proposer des espaces aux familles le plus tôt possible où elles pourraient exprimer leurs ressentis, leur vécu vis-à-vis du handicap, et être accompagnées face aux besoins spécifiques de leur enfant, qui peuvent déborder leurs capacités de *caregiving* [37]. Cependant certains jeunes semblent trouver d'autres figures d'attachement, notamment les professionnels, qui les aident dans l'émergence du processus d'autonomisation et la construction en tant que futur adulte. Il serait intéressant de comprendre pourquoi tous les jeunes ne trouvent pas d'autres figures d'attachement, et interroger les manières d'être en relation des professionnels vis-à-vis de ces enfants, leur sensibilité aux interactions. Enfin, l'expérience clinique nous invite à penser que la stabilité des professionnels est une des conditions nécessaires afin de favoriser ce processus.

Par ailleurs, cette étude ne permet pas de mettre en évidence des spécificités qui seraient

propres à telle ou telle pathologie (PC et MNE). Approfondir cette question apparaît alors comme une perspective intéressante. En revanche, l'impact de la déficience cognitive sur le processus d'adolescence et les possibilités de dépassement de la position dépressive apparaît. En effet, les adolescents ayant davantage de troubles cognitifs sont plus en difficulté pour exprimer, élaborer, transmettre leurs émotions, affects et pour se projeter dans l'avenir.

5. Conclusion

Les difficultés d'expression de ces jeunes, leurs troubles cognitifs, imposent d'avoir recours à des outils mobilisant de manière variée les jeunes et donnant ainsi accès à la diversité de ce qu'ils vivent sur le plan réel, imaginaire et fantasmatique. Cette étude a permis de montrer que, si les adolescents déficients moteurs avec troubles cognitifs associés présentent des affects dépressifs, il est parfois difficile de les repérer d'une part parce que ces jeunes s'attachent à les masquer et d'autre part parce qu'ils ont du mal à les exprimer de manière à être compris.

Comme chez tous les adolescents, les conflits intrapsychiques, les tensions internes qui émergent à l'adolescence peuvent avoir un potentiel maturatif mais s'accompagnent d'une souffrance à prendre en compte.

Le manque de liens affiliatifs avec les pairs, l'hyper-présence des professionnels dans leurs discours, doivent conduire à réfléchir à ce qui pourrait permettre à ces jeunes d'avoir des liens plus diversifiés, plus choisis, avec des pairs, en dehors du regard des professionnels et des parents. Le fait qu'ils soient en internat, à la campagne est un obstacle majeur à ces rencontres.

Dans tous les cas, il paraît important de leur proposer des espaces de dégagement où ils pourront élaborer les problématiques de perte, de deuil, de renoncement qui surgissent à ce moment-là pour qu'ils puissent s'inscrire dans une nouvelle dynamique narcissico-objectale. Faute de quoi ils risquent de rester figés dans le passé, dans une position infantile.

Ce travail psychique et relationnel sera favorisé si on leur permet de s'ouvrir à d'autres

jeunes que ceux qu'ils côtoient toute l'année en internat, en créant des conditions d'expériences nouvelles.

Cette étude montre donc la nécessité absolue, en particulier à l'adolescence, de favoriser autant que faire se peut, les opportunités d'expérience dans le milieu social ordinaire favorisant l'expérience de leur compétence à choisir, à décider, à s'engager, à risquer des relations.

Annexe 1 : Echelle de cotation de l'élaboration de la position dépressive en six points proposée par Emmanuelli :

Cotation 1 : Évocation de l'absence ou de la perte d'un objet avec présence d'un objet réparateur ou substitutif de l'objet perdu

Cotation 2 : Évocation de l'absence ou de la perte d'un bon objet, représenté dans son intégrité et dans son autonomie

Exemple de récit coté 2 : Planche 3 de Paul : « là on est en plein dans une forêt. On est clairement le soir. Il y a un petit garçon qui se promène et qui a l'air clairement perdu on va dire... Je pense qu'il est triste. Parce que quand on est perdu, en générale on fait pas la fête ! Il essaie de retrouver soit son papa soit sa maman ou son chemin... »

Cotation 3 : Évocation de l'absence ou de la perte d'un bon objet qui garde un caractère partiel et ne peut être représenté dans son intégrité

Exemple de récit coté 3 : Planche 4 de Gaspard : « ... il a mal non ? (*Qu'est-ce qu'il a pu se faire ?*) : se faire mal ? (*Comme il a pu se faire mal ?* tombé (*qu'est-ce qu'il va lui arriver ?*) l'hôpital non ? c'est ça. (*Quelqu'un va l'emmener à l'hôpital ou il va y aller tout seul ?*) quelqu'un. (*Il y a quelqu'un qui va l'aider ?*) oui »

Cotation 4 : Sentiment de déperdition narcissique modérée sans lien avec l'absence ou la perte d'un objet ; banalisation avec atteinte légère

Exemple de récit coté 4 : Planche 9 de Blandine : « Ah ! ah ! (silence long). Un enfant qui est en train de dormir dans son lit avec sa mère qui le... ça me fait penser un peu à moi quand je suis dans mon lit et que ma mère est en train de me dire bonne nuit. C'est bizarre les images que tu me montres, on dirait la réalité. »

Cotation 5 : Évocation d'un sentiment de déperdition narcissique massive (d'ordre physique ou psychique), sans lien avec l'absence ou la perte d'un objet

Exemple de récit coté 5 : Planche 4 de Nolwenn : « là c'est quelqu'un qui a peur.. Parce

qu'il sait pas où il est... apparemment il s'est échappé, il a eu peur. Apparemment il aurait vu un monstre. (*Qu'est-ce qui va lui arriver ?*). Après je sais pas. »

Cotation 6 : Dénier du manque, de l'atteinte

Exemple de récit coté 6 : Planche 9 de Paul : « Ah... Il y a un fils et la maman qui lui fait un bisous finalement... Puis il y a peut-être le père qui regarde ».

Annexe 2 : Présentation des planches du DPI analysées selon l'échelle de cotation de l'élaboration de la position dépressive proposée par Emmanuelli :

Planche 3 :

- Contenu manifeste : sur une route blanche et droite, fuyant à l'horizon, bordée de peupliers, un enfant vu de dos marche. Longues ombres portées, ciel sombre
- Contenu latent : prise d'autonomie et ses risques ; solitude et liberté ; insécurité

Planche 8 :

- Contenu manifeste : un enfant à genoux, courbé, vu de dos, dans l'angle d'une pièce vaguement suggérée. A côté de lui, un livre posé sur le sol. Ombre d'homme ou de femme, projetée sur le sol et le mur par un personnage non représenté
- Contenu latent : présence plus ou moins pesante d'une instance supérieure

Planche 4 :

- Contenu manifeste : un garçon d'une douzaine d'années, assis à terre, se tient une cheville, la jambe repliée ; il regarde en l'air avec une expression de frayeur ou de douleur, bouche ouverte. Une grande ombre sur le sol. Décor très flou suggérant un bois
- Contenu latent : enfant seul et menacé, douleur, peur, agression subie ; appeler au secours, se tirer d'affaire

Planche 9 :

- Contenu manifeste : dans un petit lit, un enfant pâle semble dormir ; une jeune femme

assise le regarde ; à l'arrière-plan, un personnage indistinct regarde la scène

- Contenu latent : amour maternel : inquiétude face à la maladie de l'enfant, projets d'avenir ; ou rivalité fraternelle

Planche 15 :

- Contenu manifeste : un personnage peu reconnaissable, homme ou femme, vu de dos, grimpe sur ce qui paraît être un amoncellement de grosses pierres ; à l'arrière-plan, décor très flou suggérant la montagne
- Contenu latent : effort pour vaincre la difficulté ; danger d'accident ; confrontation à soi-même

Annexe 3 : présentation des autres planches du DPI utilisées

Planche 18 :

- Contenu manifeste : assis devant une table, un personnage vu de face, d'âge et de sexe difficilement discernables, la tête appuyée sur une main, paraît lire, méditer, étudier. Ambiance de nuit ; il est éclairé par une grosse lampe à abat-jour posée sur la table
- Contenu latent : méditation, étude ; confrontation avec soi-même, au regard des exigences d'une entreprise à long terme

Planche 10 :

- Contenu manifeste : scène d'intérieur. Une femme assise tient dans ses mains quelque chose d'indistinct qu'elle regarde. A ses pieds, un garçon accroupi sur ses talons la regarde. Un peu plus loin, un homme debout considère la scène, les mains sur les hanches
- Contenu latent : relation proche entre mère et fils. Prise de position du père en face de cette relation

Planche 11 :

- Contenu manifeste : scène d'intérieur. Un homme assis regarde un livre ou un journal. A ses pieds, une fille assise sur ses talons le regarde. Un peu plus loin, une femme debout considère la scène, les mains sur les hanches
- Contenu latent : relation proche entre père et fille. Prise de position de la mère en face de cette relation

Planche 12 :

- Contenu manifeste : scène d'intérieur. Un homme et une femme, debout, face à face, se regardent, les bras légèrement en avant. Pièce nue, éclairée par une grande fenêtre. Un grand lit-divan et quelques jouets sur le sol
- Contenu latent : relations de couple. Position des parents à l'égard de l'enfant absent et source de difficultés

Planche 19 :

- Contenu manifeste : un homme assis dans un fauteuil tient un livre ouvert et se regarde dans un grand miroir mural. Légère discordance entre le personnage réel et son reflet
- Contenu latent : réactions en face de l'image de soi

Planche 22 :

- Contenu manifeste : un personnage, jeune femme, adolescent ou enfant, vu de face, en attitude défensive, est entourée par six personnes - quatre hommes et deux femmes- à l'attitude agressive. L'un de ces six personnages est représenté de dos, en silhouette noire massive
- Contenu latent : agression subie ; culpabilité et punition ; capacités de défense et choix des modes de défense

Planche 23 :

- Contenu manifeste : vu en gros plan, un homme aux traits virils et à l'expression dure pointe un doigt sur le spectateur

- Contenu latent : peur et colère ; culpabilité et punition référées à l'image paternelle

Planche 17 :

- Contenu manifeste : décor suggérant un laboratoire ou un atelier. Un homme grand, massif, vu de dos, est penché sur une sorte de table ou d'établi. Un peu plus loin, lui faisant face, un jeune homme, plus frêle, semble lui parler ; derrière lui une porte ouverte
- Contenu latent : grande entreprise conduisant à la puissance désirable et dangereuse, par référence à un modèle paternel ; demande adressée à quelqu'un

Planche 14 :

- Contenu manifeste : sur une route, deux garçons de 10-12 ans qui courent, se regardent. Plus loin sur la route un personnage les regarde venir, à demi fléchi. Cinq spectateurs flous sur le bord de la route
- Contenu latent : compétition, rivalité, agression

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Tableau 1 : Caractéristiques descriptive de l'échantillon

Tableau 2 : Cotation à l'échelle d'évaluation de la position dépressive d'Emmanuelli au DPI aux planches spécifiques

Figure 1 : répartition par sujet des cotations à l'échelle d'évaluation de la position dépressive

Figure 2 : scores obtenus à la MDI-C (note totale et notes aux huit dimensions)

Références

- [1] Scelles R. Soutenir le processus maturatif initié durant l'enfance chez la personne atteinte d'un handicap. In: Vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes déficientes mentales. Namur : Presses Universitaires de Namur; 2006. p.251-71.
- [2] Ecotière M.-A., Pivry S., Scelles R. Grandir avec un handicap : la transition adolescente. *Contraste : Enfance et Handicap*. 2016;44:229-51.
- [3] Corcos M. Problématique dépressive à l'adolescence. In: Les dépressions à l'adolescence: modèles, clinique, traitements. Paris: Dunod; 2005.
- [4] Emmanuelli M, Azoulay C. Pratique des épreuves projectives à l'adolescence situations, méthodes, études de cas. Paris: Dunod; 2009.
- [5] Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl*. févr 2007;109:8-14.
- [6] Rivière H. Les maladies neuromusculaires, une diversité qui se clarifie. In: Déficiences motrices et situations de handicap. Paris: Association des Paralysés de France; 2002. p. 264-8.
- [7] Bedoin D, Lantz E, Marcellini A. Troubles de l'expression, le nécessaire recours à l'expertise de l'enquête. In: S'exprimer et se faire comprendre. Toulouse: Erès; 2015. p. 51-9.
- [8] Marty F. À propos de la résistance narcissique à l'investissement de l'objet de l'adolescence. In: L'adolescence aujourd'hui. Toulouse: Erès; 2007. p. 43-9.
- [9] Jeammet P. La dépression chez l'adolescent. In: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 1 1. Paris: Presses universitaires de France; 2004. p. 1477-99.
- [10] Marty F, Larue M. Extrêmes de la violence à l'adolescence. In: Cliniques de l'extrême. Paris: Armand Colin; 2012. p. 53-73.
- [11] Vaginay D. L'adolescence : processus psychique ou simple moment biologique ? In: La vie psychique des personnes handicapées. Toulouse: Erès; 2009. p. 131-45.

- [12] Korff-Sausse S. « Quand je serai grand ». *Contraste*. 2016;44(2):55-73.
- [13] Korff-Sausse S. L'enfant handicapé, une étude psychanalytique. *Psychiatrie de l'enfant*. 1997;XL(2):297-341.
- [14] Mazet P, Cohen D, Fosse S. L'annonce du handicap à l'adolescence. In: l'annonce du handicap à l'adolescence. Paris: Vuibert; 2005. p. 22-8.
- [15] Scelles R, Avant M, Houssier F, Maraquin C, Marty F. Adolescence et polyhandicap : regards croisés sur le devenir d'un sujet. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. oct 2005;53(6):290-8.
- [16] Ecotiere M. Processus d'adolescence et souffrance psychique chez des sujets accueillis en Institut-Médico-Educatif. Au regard des liens aux pairs. Université de Rouen; 2016.
- [17] Pivry S. Processus d'adolescence et dépression chez le sujet déficient moteur. Le point de vue subjectif d'adolescents accueillis en Institut d'Education Motrice (IEM). Université Paris Nanterre; 2017.
- [18] Gascon H, Bibeau M-J, Grondin J, Milot É. Bien-être psychologique des élèves adolescents présentant un retard mental léger. In: *Adolescence et retard mental*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2010. p. 49-59.
- [19] Ittenbach RF, Bruininks RH, Thurlow ML, McGrew KS. Community integration of young adults with mental retardation: A multivariate analysis of adjustment. *Research in Developmental Disabilities*. juill 1993;14(4):275-90.
- [20] Wagner M, Cadwallader T, Garza N, Cameto R. Social activities of young with disabilities. Publication of the National Center on Secondary Education and Transition. 2004;3(1):1-4.
- [21] Epelbaum C. Handicap de l'enfant : spécificité des maladies neurologiques. In: *Expériences subjectives du handicap somatique*. Paris: CTNERHI; 2003.

- [22] Jahoda A, Dagnan D, Jarvie P, Kerr W. Depression, Social Context and Cognitive Behavioural Therapy for People who have Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2006;19(1):81-9.
- [23] McKenzie K, Smith M, Purcell A-M. The reported expression of pain and distress by people with an intellectual disability. *J Clin Nurs*. juill 2013;22(13-14):1833-42.
- [24] Julien-Gauthier, F, Jordan-Ionescu C, Héroux, M-P. Favoriser la participation des personnes ayant une déficience intellectuelle lors d'une recherche. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*. 2009;20:178-188.
- [25] Apostolodis T. Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint Agne : Erès; 2005. p. 13-35.
- [26] Blanchet A. *Dire et faire dire: l'entretien*. Paris: Armand Colin; 2015.
- [27] Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris: PUF; 2011.
- [28] Perron R. *Manuel pour l'utilisation clinique de l'épreuve projective thématique D.P.I. Dynamique Personnelle et Images*. Paris: ECPA; 1969.
- [29] Chabert C, Brelet F. *Nouveau manuel du TAT approche psychanalytique*. Paris: Dunod; 2005.
- [30] Emmanuelli M. La nostalgie à l'épreuve du temps. *Adolescence*. 2000;18(2) :513-538.
- [31] Berndt DJ, Kaiser CF, Castro D. *MDI-C, Échelle composite de dépression pour enfant: manuel*. Paris: ECPA; 2008.
- [32] Gutton P. (1986). Dépressivité et stratégies dépressives. *Adolescence*. 1986;(4/2);171-78.
- [33] Benyamin M. *Le travail du préconscient à l'épreuve de l'adolescence: approches psychanalytiques et psychosomatiques*. Paris: PUF; 2013.
- [34] Bréchon G. *Les troubles des conduites alimentaires à l'aide de la psychologie projective*. *Le Carnet PSY*. 2013;170(3):27-30.

- [35] Gargiulo M. Handicap, figure de stigmatisation. *Cliniques méditerranéennes*. 2016;94(2):125-38.
- [36] Pivry S, Scelles R. De l'entretien psychologique à la psychothérapie en institution : le cas d'une adolescente infirme motrice cérébrale. *Bulletin de psychologie*, 2018;555(3):691-703.
- [37] Vondra J, Barnett D. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. I. Atypical patterns of early attachment: theory, research, and current directions. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1999;64:1-24; discussion 213.
- [38] Rutgers AH, Bakermans-Kranenburg MJ, Ijzendoorn MH van, Berckelaer-Onnes IA van. Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(6):1123-34.

Figure 1 : répartition par sujet des cotations à l'échelle d'évaluation de la position dépressive

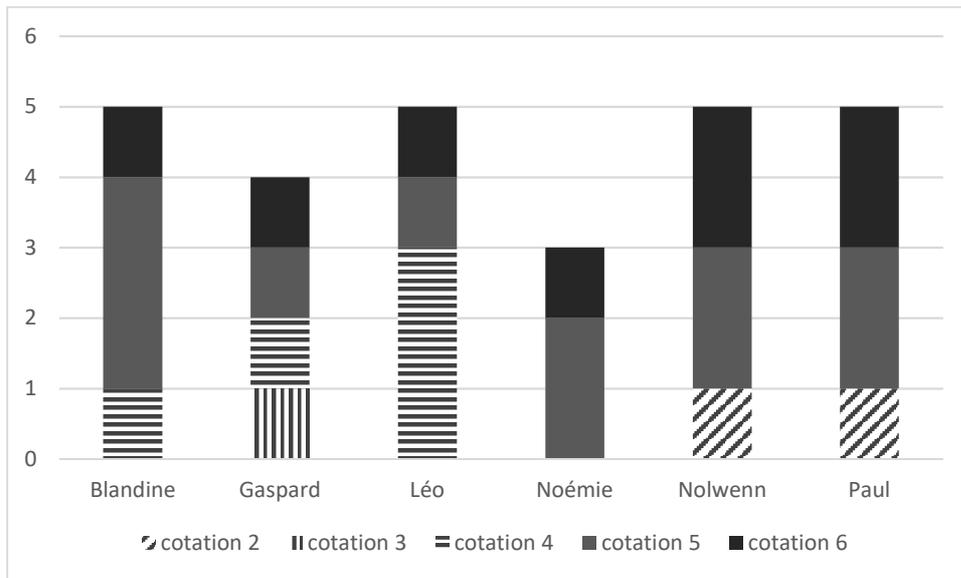
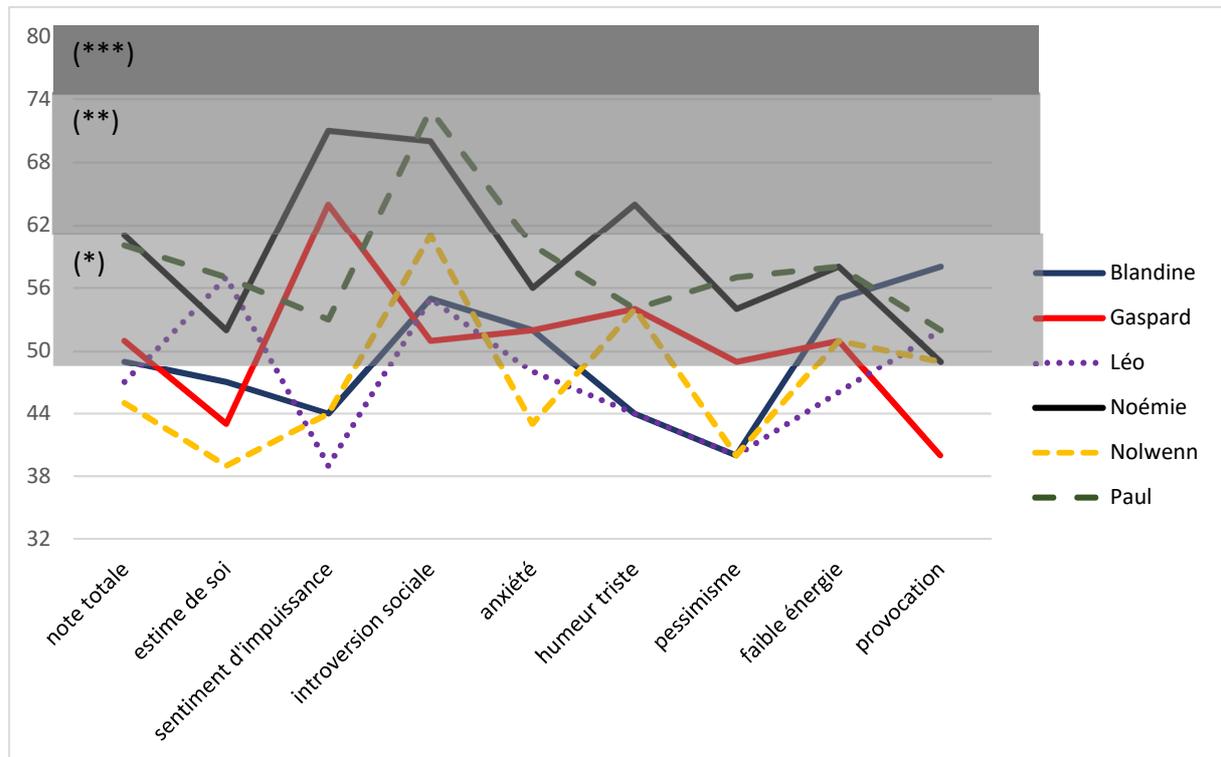


Figure 2 : scores obtenus à la MDI-C (note totale et notes aux huit dimensions)



Note entre 56 et 65 : symptomatologie faible à modérée (*)

Note entre 66 et 75 : symptomatologie modérée à sévère (**)

Note > 75 : symptomatologie sévère (***)

Tableau 1 : Caractéristiques descriptives de l'échantillon

Prénom	Age	Type de Handicap	Age d'entrée dans cet IEM	Niveau Scolaire	Expression orale et structuration du discours	Contact relationnel	Présence/absence Troubles perceptifs visuels	Fatigabilité et manifestations physiques
Blandine	17 ans 8 mois	PC quadriplégique Se déplace en FRE	14 ans Internat de semaine	Fin cycle 3 (CFG)	Facilité d'expression orale Syntaxe organisée Utilisation de la temporalité	Contact assez aisé, dans l'échange	Quelques difficultés perceptives visuelles mais qui ne semblent pas la gêner au quotidien	Beaucoup de mouvements corporels lors de certaines thématiques
Gaspard	17 ans 1 mois	Myopathie de Duchenne Se déplace en FRE	8 ans Internat de semaine	Milieu cycle 2	Discours peu spontané, besoin d'un étayage extrêmement important.	Réservé, dans la relation	Certaines difficultés	Fatigabilité importante, voix faible

Réponses courtes,
fermées
Difficultés de
structuration
temporelle

Léo	15 ans 6 mois	Myopathie de Duchenne Se déplace en FRE	12 ans ½ Internat de semaine	Début cycle 3	Expressif mais nécessité d'un soutien pour qu'il développe sa pensée	Echanges spontanés bien que réservé	Pas de précision	Fatigabilité ; voix plus faible à certains moments
Noémie	16 ans 11 mois	PC quadriplégique Se déplace en FRE	8 ans Internat de semaine	Fin cycle 2	Dans l'échange mais vocabulaire restreint Manque de certains repères temporaux	Contact assez aisé, entre facilement en relation ; propose plusieurs fois de m'aider pour me	Troubles perceptifs visuels importants	Fatigabilité ; a subi une arthrodèse vertébrale qui rend ses

						guider dans		mouvements peu
						l'établissement		souples
Nolwenn	14	Myotonie de	12 ans	Fin cycle	Expressives,	Beaucoup	Dit être parfois	Une fatigue peut
	ans 8	Steinert	Internat	2	quelques	d'appréhension	gênée mais	apparaître
	mois	Marchante	un soir		difficultés	lors du premier	n'impacte pas son	
		mais fatigable,	par		syntaxiques mais	entretien	quotidien	
		limitations	semaine		pas de confusion,	individuel puis		
		physiques			discours	entre dans		
		importantes			compréhensible	l'échange		
Paul	17	PC diplégie	6 ans ½	Fin cycle	S'exprime	Contact assez	Troubles visuo-	
	ans 7	spastique	Internat	3 (CFG)	facilement mais	facile, regard	spatiaux	
	mois	Marche peu	un soir		quelques	parfois fuyant	importants	
		souple	par		confusions			
			semaine		peuvent apparaître			
					lorsqu'il est pris			

dans « un flot »

du discours

Quadriplégie : atteinte des quatre membres

Diplégie spastique : atteinte principale des membres inférieurs et dans une moindre mesure des membres supérieurs

FRE : fauteuil roulant électrique

Tableau 2 : Score total à l'échelle MDI-C pour chaque adolescent

	Blandine	Gaspard	Léo	Noémie	Nolwenn	Paul
Score total	49	51	47	61	45	60

Note < 56 : pas de dépression

Note entre 56 et 65 : dépression faible à modérée

Note entre 66 et 75 : dépression modérée à sévère

Note > 75 : dépression sévère