

Université Abderrahmane Mira de Bejaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

*En vue de l'obtention d'un diplôme de Master en psychologie
clinique*

Thème

***Image corporel chez Les enfants
handicapés IMC de 6 à 12 ans***

Présenté par :

✓ ***M^{elle} : BOUHAMAR Dalila***

Encadré par :

M^{em} : BOUHOUI Nadia

***Année Universitaire
2017/2018***

Remerciements

**Ma gratitude va d'abord à ALLAH tout puissant, qui m'offrit la foi et la santé
M'ayant permis de mener à terme ce modeste travail.**

*Je tiens à remercier, Madame BOUHOUI Nadia qui a encadré ce mémoire, qui
m'a guidé et encouragée avec bienveillance.*

**Les membres du jury, qui me font le grand honneur d'évaluer cette
*recherche.***

*Je tiens à remercier, le Kinésithérapeute Monsieur AKILAL Mahmoud, ainsi
que les enfants IMC et leurs mamans.*

**Enfin, j'adresse mes remerciements les plus chaleureux, à mes très chers
parents, mes frères et sœurs, ainsi que mes amis, pour leur présence et leur
*soutien inestimable, et à toute personne m'ayant aidé, ne serait-ce que par un
mot encourageant dans la réalisation de ce modeste travail.***

Sommaire

Abréviations

Liste des tableaux

Liste des annexes

Introduction	I
1. Problématique.....	4
2. Hypothèses.....	10
3. Opérationnalisation des concepts	10
4. Objectifs de la recherche	11

Cadre générale de la recherche

Partie théorique

Chapitre : I' infirmité Motrice Cérébrale

Préambule.....	14
1. Origine de la notion handicap	14
2. Historique du handicap en Algérie.....	15
3. Définition de l'handicap.....	17

4. La classification internationale du handicap	20
5. La symptomatologie	23
6. L'étiologie	24
7. Les troubles associés	25
8. Le développement des enfants IMC.....	28
9. La pris en charge	29
Conclusion	

Chapitre 2

Image du corps

Préambule.....	36
1. Trauma et image du corps.....	36
2. Définitions des notions.....	36
3. La différence entre l'image du corps, schéma corporel et présentation du soi	38
4. les dimensions structurelles	40
5. Evolution de l'image du corps	43
6. Image du corps et handicap.....	46
Conclusion	

Chapitre 3

Le développement psychologique de l'enfant

Préambule.....	49
----------------	----

1. L'enfant	49
2. Les différents aspects du développement	50
2.1. Le développement affectif.....	50
2.2. Le développement psychomoteur	53
2.3. Le développement cognitif.....	54

Conclusion

Partie pratique

Chapitre 4 : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	59
1. La pré-enquête	59
2. Présentations du cadre de la recherche	62
3. Les techniques de recherches.....	63

Conclusion

Chapitre 5 :

Présentation, analyse et discussions des hypothèses

Préambule.....	67
1. Présentation et analyse des résultats	67
1.1 Présentation et analyse des résultats du 1 ^{er} cas (Amina).....	67
1.2. Présentation et analyse des résultats du 2 ^{eme} cas (Ghilas)	72
1.3. Présentation et analyse des résultats du 3 ^{eme} Cas (Meriem)	77
1.4. Présentation et analyse des résultats du 4 ^{eme} cas (Akram)	83
2. Discussion des hypothèses	88

Conclusion du chapitre.....	89
Conclusion.....	91
Bibliographique.....	93
Annexes	

ABREVIATION

- IMC : Infirmité Motrice Cérébrale.
- CIH : Classification Internationale du handicap.
- CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, de la santé et du handicap.
- OMS : Organisation mondial de la santé.
- C.D.R.F : Cabinet de Rééducation Fonctionnaire.

LISTE DES TABLEAUX

<i>Numéro du tableau</i>	<i>Titre</i>	<i>Page</i>
<i>Tableau N°1</i>	<i>Tableau Récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche</i>	<i>70</i>

Liste Des Schémas

<i>Tableau de schéma</i>	<i>Titre</i>	<i>Page</i>
<i>Schéma N°1</i>	<i>Handicap selon la CIH</i>	<i>21</i>
<i>Schéma N°2</i>	<i>Représentation du modèle du handicap au travers de la CIF</i>	<i>23</i>

LISTE DES ANNEXES

Annexe1 : Guide d'entretien.

Annexe2 : Productions graphique des 4 cas.

1 : Dessin d'Amina.

2 : Dessin de Ghilas.

3 : Dessin de Meriem.

4: Dessin d'Akram.

Introduction

Introduction

Tous jeunes enfants se construisent dans les relations aux autres. L'entourage du jeune enfant lui permet de découvrir, d'explorer et d'interagir dès sa naissance. Ce qui lui permet de se construire, de s'individualiser et de socialiser avec les autres enfants de son âge et de son entourage ; mais l'IMC ne peut aspirer à ces faits car ses capacités d'exploration et d'interaction ne peuvent répondre aux exigences de ceux là, à savoir maniabilité des choses et mouvance contrôlée.

A cet effet, l'enfant IMC se sent frustré en regardant ou face aux autres enfants valides et autonomes car, il voit instinctivement la différence qui existe entre lui et l'enfant sain ce qui le pousse à haïr et détester son image, et envier les autres, c'est pour cela qu'un soutien indéfectible est obligatoire.

Un corps dépendant, manipulé, douloureux, appareillé, observé... Autant d'obstacles à la fonction unificatrice de la peau et la mise en place de limites corporelles précises. Or, comme le démontre Didier Anzieu dans le « Moi peau », la peau dans sa notion d'enveloppe du corps participe au développement psychique de l'enfant. Par conséquent, une telle réalité corporelle est difficile à admettre et perturbe la représentation que l'enfant IMC se fait de son corps.

Ces enfants se retrouvent face à une situation douloureuse, et de mal être, avec des perturbations sur le plan psychologique, et social, allant jusqu'au traumatisme psychique, qui peut se développer en cas d'absence de prise en charge. La vie psychique de l'enfant IMC est comme un système d'interactions entre le corps et le monde, tous deux sources de stimulations dont la combinaison constitue le psychisme.

De notre part, nous avons réalisé notre recherche sur le « traumatisme psychique chez les enfants handicapé (IMC) de 6 à 12ans », dans l'objectif de déterminer l'impacte d'image corporel d'un enfant sur son psychisme. Nous avons choisir comme terrain d'étude un cabinet de rééducation fonctionnelle. Pour réaliser notre recherche, c'est l'approche psycho dynamique qu'on a adopté comme cadre de référence étant donné qu'elle s'intéresse aux conflits ou problèmes inta-psychiques centraux de la personne, et à la compréhension des causes inconscientes des problèmes, relations, et comportement, on a considéré que c'est celle qui convient à notre recherche.

Dans le but de mener à bien notre recherche, on a opté pour la méthode clinique de type descriptive par étude de cas et pour les outils de recherche, on a opté pour l'entretien clinique semi-directif et le dessin du bonhomme.

A cet effet, nous avons organisé notre recherche en deux grandes parties. En commençant tout d'abord par une introduction, problématique et hypothèse de notre recherche. Une première partie qui consiste en la partie théorique qui se compose de deux chapitres :

- Le premier chapitre est reparti en trois parties, dont la première est consacrée à l'étude de l'infirmité motrice cérébrale où nous avons présenté, les définition (handicap, handicap moteur , infirmité motrice cérébrale), la symptomatologie , puis l'étiologie , les troubles associés, ainsi que le développement des enfants IMC , pour ensuite conclure le chapitre par une conclusion.
- Le deuxième chapitre est reparti en deux parties, la première abordera la notion du traumatisme psychique , la deuxième sera consacrée à l'image du corps et trauma, dans laquelle on abordera les notions et les dimensions structurelles, ainsi que l'évolution de l'image du corps pour enfin conclure avec une conclusion du chapitre. Le troisième

chapitre s'intéresse à l'enfant et son développement. Ensuite vient une deuxième partie, qui consiste en la partie pratique et qui est constituée de deux chapitres.

- Le premier chapitre sera consacré à la méthodologie de la recherche, dans lequel on présentera la méthode, les outils de recherche adoptés ainsi que leurs analyses, le lieu de recherche, le groupe de recherche, le déroulement de la pratique, l'attitude du chercheur ainsi que les difficultés rencontrées.
- Le deuxième chapitre sera consacré à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus ainsi que sur la discussion des hypothèses dans le but de confirmer ou d'infirmes nos hypothèses.

Enfin, on clôture notre recherche par une conclusion, une liste bibliographique et une liste des annexes.

1. Problématique

Toute survenue d'un handicap, est un drame existentiel dans la mesure où il constitue une rupture dans le processus de production normal de la vie. C'est une rupture biologique, fantasmatique et sociale, elle entraîne un bouleversement profond des repères qui pouvaient définir, alimenter et gérer l'existence d'une personne. Naître et grandir en étant d'une part pénalisée dans son développement corporel et d'autre part vécu fantasmatiquement par notre entourage comme une anomalie de la nature.

Les enfants qui souffrent du handicap sont des enfants différents aux yeux de leur parents et leur entourage, c'est le début d'un parcours difficile est bouleversant.

Parmi les situations qui rendent la vie difficile chez un enfant, c'est d'être anormal incapable, handicapé, sur le plan moteur ou mental.

Le handicap peut se définir d'après le grand dictionnaire de la psychologie (2001) comme : « *une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels* » (**H. Bloch & R. Chemam, 2003, p.421**).

Ainsi, le résultat menée d'une enquête par le département de la sante, en collaboration avec l'office national des statistiques (ONS) (2010) évalue près de 2 millions de personnes en Algérie.

Chef de service de néonatalogie au CHU Mustapha-Pacha a indiqué, en se référant aux statistiques de l'OMS, que « 65% des cas de handicap chez l'enfant peuvent être dépistés entre la 22^e semaine de grossesse et le 6^e jour postnatal ».

Cela concerne les atteintes modérées, quant aux handicaps sévères, ils sont dépistés entre 6 et 12 mois. L'intervenant a relevé plusieurs facteurs pouvant être à l'origine du handicap de l'enfant, notamment âge avancé de la mère qui se traduit par une naissance d'un enfant malformé.

Le CHU de Béni Messous enregistre à lui seul, 10,000 naissances 10% de cas d'asphyxie durant les premières minutes de l'accouchement (*Farid Houali, 2010, dimanche 14 Mars*) ([http://www. Algerie360.com](http://www.Algerie360.com)).

En 2010, le nombre des personnes handicapées en Algérie est de l'ordre de 1975.084 personnes dont 284073 handicapés moteurs, 73937 handicapés auditifs, 173362 visuels, 167331 handicapés mentaux, 85611 polyhandicapés, 626711 personnes ont des maladies chroniques, 505299 personnes ont d'autres handicaps et 29380 personnes handicapées non déclarées (*Farid Houali , 2010, dimanche 2 décembre*) (<http://www.algerie360.com>).

Parmi les handicaps moteurs, on distingue : les handicaps moteurs cérébraux appelé infirmité Motrice cérébrale (IMC) et les handicaps moteurs non cérébral. Dans notre recherche on a essayé de mettre l'accent sur l'infirmité motrice cérébrale(IMC).

L'IMC touche les individus plus ou moins sévèrement, les degrés d'incapacités sont très variables, ils peuvent aller d'une petite difficulté à effectuer un geste simple jusqu'à l'impossibilité d'effectuer ou de marcher, ces troubles moteurs peuvent s'accompagner d'atteintes, sensorielles et d'atteintes partielles des fonctions supérieures à l'exception d'une déficience intellectuelle.

Ainsi, L'IMC peut avoir plusieurs origines car les lésions cérébrales peuvent survenir avant la naissance, pendant l'accouchement. Dans tous les cas, ces lésions cérébrales se produisent sur un cerveau qui n'a pas encore atteint sa maturité, Aujourd'hui on observe une augmentation des enfants

pour les quels l'IMC a une cause anténatale par rapport aux causes néonatales (*F.Poullain, 2011, pp.7-8*).

Les enfants infirmes moteurs cérébraux sont d'abord des enfants, leur premier droit est : le droit à la vie comme tous les enfants, ils aiment et ont besoins d'être aimés par des parents stables et responsables, et ces enfants ont un risque important de présenter une condition physique chronique, d'importantes perturbations émotionnelles du développement.

A partir de là, on pourra dire que les premières relations de l'enfant avec le monde sont donc d'abord des relations humaines, les relations d'ordre fusionnel au départ de la vie, s'expriment au travers des phénomènes moteurs qui permettent progressivement d'instaurer au dialogue. Le vécu corporel que le moi prendra ses racines. C'est par le jeu réciproque des séductions et des agressions, des satisfactions et des frustrations, de l'imitation, que les images de soi et les images d'autrui se découvrent les unes aux autres, que s'acquiert l'autonomie.

Si les interactions entre le corps propre et le corps de l'autre jouent un rôle central lors du processus qui se développe au cours de la première année, le corps tient une place fondamentale dans la psychanalyse de Freud, c'est lui qui est à l'origine des pulsions correspondant aux besoins vitaux comme manger, boire, dormir il est également le lieu de satisfaire les besoins, cela crée l'expérience d'un plaisir la libido de l'enfant influencerait sa construction du corps. Donc c'est le primat de l'être et le moyen de vivre, le vecteur de nos relations, il porte en lui et sur lui, les traces de notre histoire, il est la face visible de ce que nous sommes, la représentation de ce que nous voulons laisser voir (*C. Epelbaum & P. Ferrari, 1968, p. 446*).

Chez l'enfant, le langage du corps est celui qui s'exprime bien avant les mots ; c'est, par exemple, à travers des attitudes de défense et de retrait que la

douleur du bébé est diagnostiquée, les souffrances endurées et les traumatismes vécus marquent le corps des enfants, qui manifestent alors une hyper maturité souvent repérée par les professionnels avertis.

Les attitudes d'hyper vigilance, le regard qui fixe pour mieux surveiller le monde qui l'entoure, transforment le visage de ces enfants meurtris, qui n'ont plus l'innocence et l'insouciance des enfants de leur âge (*H, Romano, 2011, pp, 79-80*).

L'image du corps serait le sentiment général de la présence et de l'existence du corps (Chabert, 1988 ; Sami-Ali, 1990) ce dernier étant en quelque sorte le résultat de la phase du développement appelée par Winnicott (1969) « *personnalisations* » durant la quelle se constitue une sorte de modèle idéal qui sert de cadre de référence au sujet l'aidant à pouvoir maintenir son unité et son originalité.

Pour Anzieu (1985) la peau fonctionne chez l'enfant comme une enveloppe. À Partir d'expérience tactile (Moi-Peau) l'enfant structure son moi qui constitue un sac contenant à l'intérieur le plein et le bon, le corps sert de médiateur entre le sujet et le monde. Si le handicap survient dans la première enfance il perturbe le développement affectif de l'individu, l'enfant handicapé peut difficilement s'affirmer du fait de ses troubles moteurs (*L.Stavrou & D.Sarris, 1997, pp. 20-21*).

La conscience d'avoir un corps tel que perçu en psychanalyse et en psychologie émerge de la prise de conscience de son « *JE* », de soi en tant que différent d'autrui. Cette prise de conscience de soi émerge donc la relation à l'autre, ce qui passe inévitablement par le regard. Parler du regard et de la prise de conscience du Je, amène à faire référence au stade du miroir qui en est le précurseur selon LACAN (*J.Lagan, 1999, p.59*).

Pour cela l'enfant IMC vit une insécurité fondamentale, la peur, le doute et l'incertitude, l'interdit d'être, la culpabilité d'être, l'incommunication, le sentiment d'exclusion, puisque notre corps étant le premier signe et le premier médiateur de notre présence au monde et aux autres, il est évident que toute altération des fonctions motrices et de l'harmonie de cet « *organe du possible* » va avoir des conséquences très importantes dans notre vie. Le corps touché dans son aspect extérieur est souvent Object de honte pour l'enfant qui se sent humilié, méprisé, rejeté par les autres, et qui peut s'isoler, se refermer ou réagir par une agressivité (**J.Lagan, 2007, p.4**).

Les inconnus dans la rue, les parents et les proches ne regardent pas, ne touchent pas de la même manière les parties atteintes de l'enfant que le reste de son corps. L'enfant ne peut que remarquer le regard oscillant entre répulsion et fascination porté sur ses jambes « tordues », les yeux qui le fixent lorsqu'il est en proie à des mouvements athétosiques ou les larmes dans les yeux de sa mère lorsqu'elle touche son bras paralysé... (**R. Scelles, 2002, p.36**).

Chez l'enfant IMC, le traumatisme de la naissance universel est amplifié par le réel d'une naissance traumatique, le corps réel est un corps mal formé, déformé, distordu, c'est un corps « *castre* » dans lequel il y a de l'incomplétude, le corps handicapé renvoie d'emblée le ratage de l'unité corporelle, de l'harmonie fonctionnelle.

« *En cas d'atteinte à son intégrité physique, ou de menace à cette intégrité, un enfant en bas âge peut croire à l'existence possible d'une réparation la manière dont un jouet peut être réparé, un ours recousu, une jambe recollée, l'impossibilité de ce type de réparation pour un corps humain peut avoir un effet traumatique chez l'enfant qui la découvre.* » (**L.Daligand, 2009, p.223**).

Ce qui met en danger l'image du corps de l'individu. la perte de sentiment de continuité, la perte de l'identité et de cohérence interne, une image brisée...., Le traumatisme est donc une sorte de blessure.

Freud définit le traumatisme comme suit : « *c'est une expérience vécue qui apporte à la vie d'âme, en un court laps de temps, un surcroît de stimulus tellement fort que la liquidation ou l'élaboration de celui-ci selon une manière normale et habituelle échoue, d'où ne peuvent que résulter des perturbations durables dans le fonctionnement énergétique* » (S.Freud, 2010, p.285).

« On peut définir le traumatisme psychique ou trauma comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses pas les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y'est exposé comme victime, témoin ou acteur. »(L.Crocq, 2007, p.7).

A partir de tout cela, on peut dire que le développement de l'image du corps chez un enfant IMC, n'est identique à celle d'un enfant saint. D'où, le développement physique accuse un retard. Et nécessite un suivi quotidien par des spécialistes neurologiques et Kiné afin de lui permettre de trouver une certaine autonomie, tout cela nécessite un travail énorme. Notre question de recherche est la suivante :

- L'image corporelle d'un enfant IMC, peut t- il engendre un impacte négatif sur sa personnalité ?

Afin de répondre à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivant :

1. l'hypothèse :

L'image corporelle d'un enfant IMC elle a un impacte négatif sur sa personnalité.

2. Opérationnalisation des concepts

2.1. Le traumatisme psychique chez l'enfant

- Perturbation du sommeil.
- Cauchemars (terreurs nocturnes).
- Irritabilité, colère et agressivité.
- Anxiété.
- Evitement.
- Troubles de l'humeur.

2.2. L'enfant

- Être humain dans l'âge de l'enfance (la naissance jusqu'à la puberté).
- Dépendant de l'adulte.

2.3. L'enfant de 6 à 12ans

- Période de latence.
- Détachement de la perception momentanée.
- Déplacement de l'énergie vers les apprentissages intellectuels.

2.4. Handicap

- Incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social.
- Personne ne qui souffre d'une déficience physique ou mentale.

2.5. Handicap moteur

- Malformation.
- Déficience motrice.
- L'incapacité ou la difficulté de la marche.
- La diminution ou la perte totale de la motricité.

2.6. IMC (infirmité motrice cérébrale)

- Une maladie, d'origine soit anténatale, périnatale ou postnatale.
- Peuvent toucher les membres supérieurs, inférieurs, le tronc, la tête...
- Un dysfonctionnement cérébral qui engendre des difficultés au niveau de coordination des mouvements avec troubles associés.
- Altération de la posture –hypertonie, hypotonie.
- Trouble de langage.
- Manque d'énergie.
- Difficulté dans le contrôle des mouvements.

3. l'objectif de la recherche

L'objectif de notre recherche est :

- D'étudier l'impact de l'image corporelle d'un l'enfant IMC sur son psychisme.
- Toucher l'importance d'image corporelle chez l'enfant IMC.
- D'acquérir le maximum d'information concernant l'infirmité motrice cérébral.
- Tenter de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Partie

théorique

Chapitre 1 :
Infirmité Motrice
Cérébrale

(Le rire emport la fragilité de mon corps.

Petit acrobate du handicapé.

Toujours à la recherche de l'équilibre.

Si naturellement désaccordé.)

(PAUL MALKI ,1998 à Paris)

Préambule

L'handicap moteur occupe une place spécifique dans la pathologie médicale, et en tant que déficience motrice, il offre un type de désorganisation de l'activité sensori-motrice, et de ce fait, l'étude des incapacités physiques liées à ces troubles et ses répercussions sur l'unité bio psychosociologique.

On a consacré ce chapitre à l'infirmité motrice cérébrale, D'abord un aperçu historique du handicap en Algérie et des définitions sur (handicap, handicap moteur, IMC) et la classification internationale du handicap, et après on passera à la symptomatologie, l'étiologie et les troubles associés, suivi par le développement des enfants IMC, qui s'accompagne par une prise en charge, et qui s'achève par une synthèse du chapitre.

1. Origine de la notion du handicap

Histoire et origine du terme Le terme « handicap » (littéralement « hand in cap » en anglais « la main dans le chapeau », apparaît pour la première fois en 1990 pour une évolution historique du terme et des intérêts liés au handicap) au seizième siècle en Grande – Bretagne pour désigner un jeu dans le quel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs de courses : « handicapé », un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire, ou en l'obligeant à

parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus fort d'égaliser les chances de tout les partants ». Si les handicaps sont bien repartis, le résultat de la course devient incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur des morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au sort le non de vainque (*M.Guidetti & C. Tourette, 2014, p.17*).

2. L'histoire de l'handicap en Algérie

Dans l'histoire de la société algérienne, l'approche de la notion de l'handicap, s'est effectuée à partir d'une politique de l'action sociale se résumant dans la prévention, l'animation du groupe, l'aide à la réinsertion, etc. Ce sont là des interventions pratiques décrites dans le langage habituel de la vie professionnelle. Et de telles expressions renvoient à des conceptions précises de l'intervention sociale, qui se réfèrent, elles - mêmes à des représentations de la société. L'histoire ou l'évolution d'une politique sociale ou d'une action sociale constitue le cheminement de la représentation à travers différentes étapes de développement de la structure sociale. Et si les premières formes d'intervention dans le domaine social se limitaient, dans le passé, à des actions d'entraide, de charité et de bienfaisance, c'est devenu une préoccupation de l'état moderne dans un souci d'ordre public et d'équilibre social, après la révolution industrielle. Caractéristique d'une société moderne, l'action sociale en Algérie traduit la transition et l'éclatement des structures sociales traditionnelles où les mécanismes de socialisation, de régulation voir de prise en charge sont assurés par la famille élargie. Durant les premières années de l'indépendance, l'Algérie devait affronter les conséquences des années de guerre ; un bilan lourd sur tous les plans. Plus de 1000000 de personnes ont été victimes de la guerre... beaucoup de blessées...etc. Cette période est caractérisée par l'existence de plusieurs catégories de personnes

nécessiteuses qui sont liées directement à la guerre. Et, en matière de «politique sociale », elle est réduite à la prise en charge de ces personnes en besoin. Nous pouvons citer les établissements de prise en charge des enfants de «chouhada» et l'aide financière aux veuves et blessés de la guerre. Par ailleurs, une bonne partie de la population bénéficiait de l'aide alimentaire, de médicaments et de soins soit pour l'ensemble de la population ou au gents en situation de l' handicap (*Boucheloukh Mahfoud, 2008/2009. p18-20*).

Selon des statistiques malheureusement officieuses, sur une population de personnes handicapées moteur évaluées à près de 3 millions recensée en Algérie, on compterait entre vingt-cinq et trente mille sujets souffrant d'infirmité motrice cérébrale, communément connus sous les initiales d'IMC. A titre comparatif, en France, selon les plus récentes statistiques, on compterait une dizaine de milliers d'enfants IMC.

Le caractère tabou de la maladie, est une des raisons, lâche le père d'un enfant souffrant d'infirmité motrice cérébrale, qui font que les autorités sanitaires et les associations parentales d'aide aux enfants IMC éprouvent toutes les difficultés du monde pour établir les statistiques les plus - 21 - proches possibles de la réalité. «Par ignorance souvent, il est des parents qui, jusqu'au jour d'aujourd'hui, cachent leur enfant atteint d'IMC, sans avoir éprouvé un jour la curiosité de savoir de quel mal et comment cet enfant se retrouve dans cet état...» Un constat qui en dit long sur le terrible destin de cette frange de la société qui, il n'y a pas encore longtemps, on ne savait même pas dans quelle catégorie de handicapés classer. «Cachez-moi cet enfant que je ne saurai voir» est comme un leitmotiv chez beaucoup de parents d'IMC, selon notre interlocuteur qui, dit-il, lui également n'a pas échappé au conseil de sa vieille mère qui lui recommandait de ne pas montrer son héritier.

Alors, dans bien des cas, raconte-t-il, s'aventurer chez des parents auxquels vous confiez que vous êtes en train de préparer une petite enquête sur les enfants IMC, relève de la pire offense, une atteinte à l'honneur de la famille. «Dieu lui a écrit de naître et de vivre ainsi» paraît-il... Et, il ne faut pas croire que cela n'est valable que chez nous en Algérie. Dramatique, révoltant. Les mots ne sont pas assez forts pour ces parents qui, depuis de longues années, souffrent le martyre pour trouver quelque autorité à l'âme charitable qui daigne au moins consentir l'effort de comprendre ce à quoi sont confrontés des milliers d'enfants et leurs familles.

Des efforts ont été consentis c'est vrai, mais beaucoup reste à faire ou à parfaire. Des coups de main sont parfois donnés aux associations des parents d'IMC, notamment depuis que celles-ci ont, après un rude combat, réussi à se constituer en fédération. Ainsi, comme c'est le cas par exemple dans les wilayas de Sétif et Batna, le combat des parents a été matérialisé par l'ouverture de centres de jour où sont pris en charge les enfants IMC par un personnel maîtrisant son sujet. Mais, cela reste malheureusement insuffisant (*Loukia Hachemi, 2008/2009, pp.20-21*).

3. Définition du handicap

Dans le but de bien définir les notions suivantes : le handicap et le handicap moteur , infirmité motrice cérébral , nous avons choisi ces présentes définitions car elles sont simples, claires, et c'est ces définitions qui vont nous permettre de bien comprendre ces notions qu'on va aborder maintenant.

Handicap devenu une caractéristique individuels dévalorisation découlant automatiquement d'une incapacité ou d'une déficience c'est assumer qu'un

individu qui présente une déficience ou une incapacité est nécessairement inférieur, mal placé.

Le handicap ou désavantage social est une limite ou empêchement, découlant d'une déficience ou d'une incapacité, pour une personne de jouer, dans milieu, les rôles joués par les autres individus (*H.Dorvil, 2001, p.19*).

Alors que L'OMS « organisation mondiale de la santé » à définir l'handicap « *comme un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou s'un accident en sort que son autonomie son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises.* » (*M.Guidetti &C. Turrette, 1999, p.7*).

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droit et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapés propose la définition suivante « le handicap est toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychique, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (*H. Romano ,2011,p .43*).

- **Définition de l'handicap moteur**

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, l'handicap moteur « *c'est recouvre l'ensemble des troubles pouvant entrainer une atteinte partielle on totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes)* » (*N. Sillamy, 2003, p128*).

Le handicap moteur englobe des handicaps plus ou moins graves, d'une étiologie très différente, innée ou acquise, stabilisé ou évolutive, on classe les handicaps physiques en identifiant les causes de ces derniers :

- handicaps d'origine non cérébrale (handicaps moteurs temporaires, définitifs et évolutifs.)
- Handicap d'origine cérébrale (défiance motrice cérébrale appelée aussi infirmité motrice cérébrale.) (*M.Guidetti, & C. Tourette, 1999, p.45*).

D'après le dictionnaire fondamental de la psychologie (2005), le handicap moteur est : « *paralysies d'origines diverse, infirmité motrice cérébrale, malformation à l'amputation des membres, etc. qui restreignent la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles et autonomes.* » (**B. Hattel, 2005, p.421**).

- **Définition de l'infirmité motrice cérébrale (IMC)**

Selon les neuro -pédiatres, G, Lyon et PH, EVRARD, « on désigne sous le nom d'infirmité motrice cérébrale (IMC) un ensemble de trouble moteurs non évolutifs (paralysies, mouvements involontaires ou incoordination), qui constituent, la séquelle de lésions cérébrale datant de la période prénatale, de la période périnatale ou des premiers mois de la vie. » (*PascalMartin, CatherinePapier & Joëlle .2004, p. 23*).

Le terme d'infirmité motrice cérébrale L'IMC a été proposé par le neurologue G Tardieu pour distinguer des sujets porteurs de séquelles motrices de lésions cérébrale infantile de sujet atteints de défiance mentale profonde et troubles moteurs associés (*M.Guidetti & C.Tourette , 1999,p.29*).

TARDIEU (1968) à proposé d'utilisé le terme IMC pour le sous-groupe d'enfants dont l'intelligence était préservée mais présentant éventuellement

des troubles sensoriels associé, réservant le terme IMOC (infirmité cérébrale d'origine cérébrale) aux enfants dont l'intelligence était sévèrement atteinte. Selon la localisation de trouble moteur, on distingue : la diplégie spastique (atteinte des membres inférieurs, déférente de la paraplégie médullaire par son origine centrale), la triplégie (atteinte des deux membres inférieures et d'un membre supérieure), la tétraplégie ou quadriplégie (les quatre membres son atteints) et l'hémiplégie (un côté du corps est touché, l'atteinte est prédomine au niveau du membre supérieure) (*C.Tourrette, 2006, pp.333-334*).

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, l'infirmité motrice cérébrale est due à une séquelle de lésion cérébrale infantile, non évolutive, qui se caractérise par des troubles de la motricité sans atteinte grave de l'intelligence. si à ces troubles moteurs se rajoutent un déficit intellectuel important, on parle d'encéphalopathie. (*Bloch&Coll., 2003, p.379*).

A partir de ces définitions, on constate que L'IMC est liée à un ensemble de handicaps dus à une atteinte ou lésion du cerveau. On vient de finir avec les définitions, maintenant, on passer a la classification du handicap.

4. La classification internationale du handicap

La CIH est adoptée par la France en 1988, l'apport le plus important de la CIH à la réflexion sur le handicap a été sa conceptualisation dans un cadre tridimensionnel, les trois notions clefs sont : la déficience, l'incapacité et le désavantage.

- **La déficience** : désigne les atteintes de l'organisme « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

- **L'incapacité** : porte sur la réduction de certaines grandes fonctions du corps, dans des conditions standardisées (résultat d'une déficience).
- **Le désavantage** : résultant d'une déficience ou d'une incapacité, qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe, des facteurs sociaux et culturels.

L'objectif était alors de prendre en compte, selon ces trois niveaux d'expression, l'importance des conséquences des maladies ou des handicaps et leur évolution.

Le schéma permet de montrer les liens entre ces trois concepts qui permettent de définir le handicap.

La déficience est extériorisée, l'incapacité est objectivée et le désavantage est socialisé.

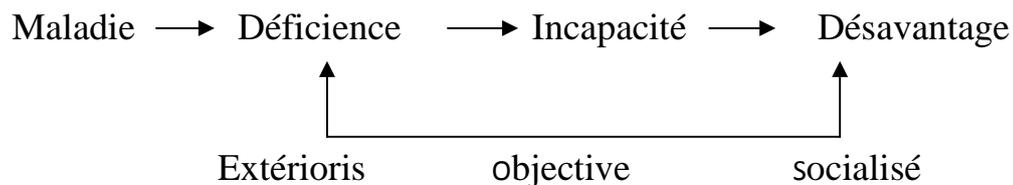


Schéma1 : Handicap selon la CIH

Cette conceptualisation dégage le handicap du seul champ médical d'une perte, en déplaçant la reconnaissance du désavantage du seul diagnostique lésionnel (la déficience) vers l'évaluation fonctionnelle (incapacité). Est l'acronyme qui désigne la classification internationale du fonctionnement de la sante et du handicap (*Jamet. F, 2003, p.164*).

La CIF est l'acronyme qui dessine la classification internationale du fonctionnement de la sante et du handicap.

En effet, si l'on se réfère aux classifications internationales des maladies (CIM) leurs révisions se traduisent par un changement de chiffres .Après la CIM.9, la révision s'intitule la CIM10.avec la CIF faisant suite à la CIH, on constate que le titre ne suit pas cette constate tradition : CIH, CIH-2 ou CIH révisée.

L'objectif de CIF marque également une rupture en ne se focalisant pas sur la seule dimension du handicap, mais en se fixant comme objectif.la description de la santé et du handicap au sein d'une même entité : le fonctionnement.

Dans l'esprit de la CIF .la sante ne s'arrête pas la ou commence le handicap (OMS, 2002).tout être humain peut avoir une santé défaillante et de ce fait, souffrir d'un handicap. Le handicap est une expérience universelle.

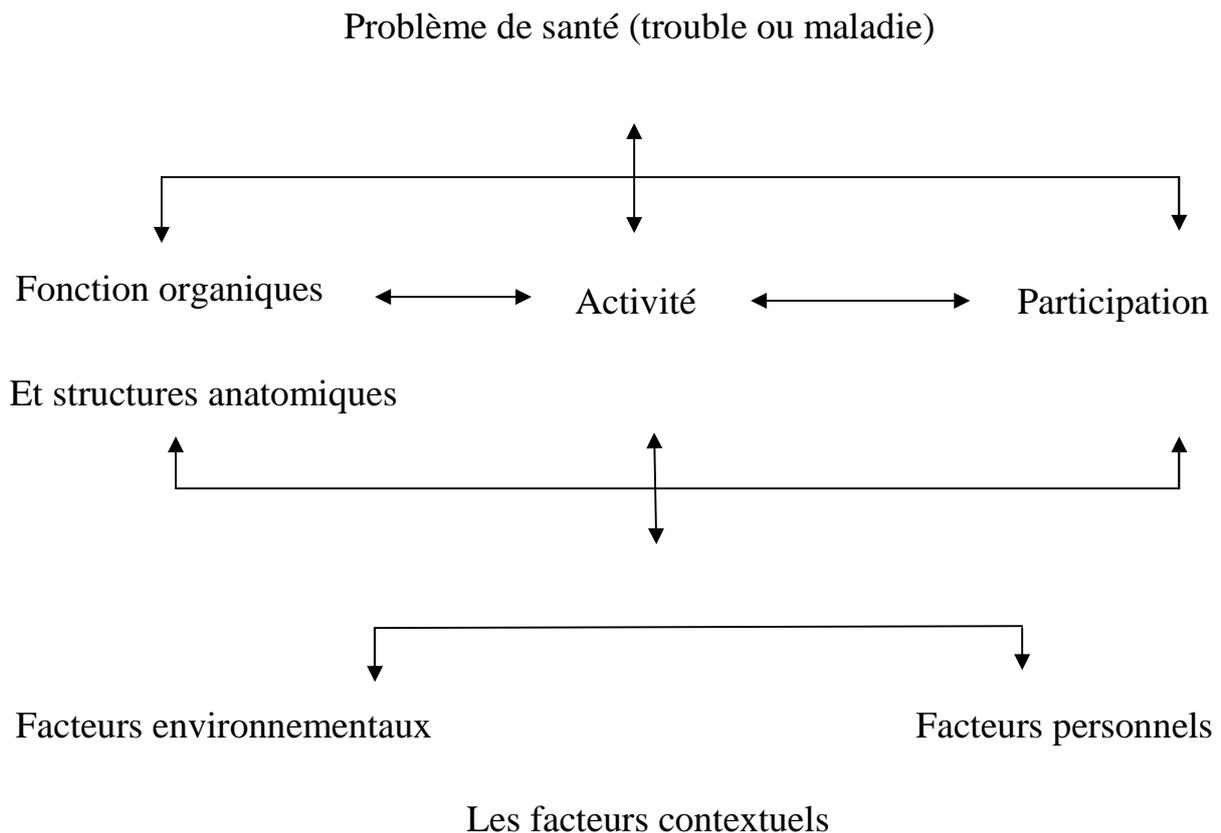


Schéma2 : Représentation du modèle du handicap au travers de la CIF.
(Jamet. F, 2003, p194).

5. La symptomatologie

Les enfants IMC se caractérisent par d'importantes difficultés motrices qui peuvent altérer le maintien, la marche, les gestes de la vie quotidienne ou la parole, ces troubles sont dus à des paralysies, des faiblesses musculaires ou encore des raideurs musculaires, on distingue :

5.1/L'enfant spastique

L'enfant spastique qui est atteint paradoxalement et à la fois de raideur et de faiblesse musculaire, ces raideurs parasitent la posture et le mouvement. L'enfant spastique ne peut coordonner relâchement et contraction des groupes musculaires antagonistes. Tous ses muscles sont hypertonique et

hypercontractiles.les contractions (spasmes moteurs) prédominent aux membres supérieurs, aux organes phonatoires et peuvent s'accroître en cas d'émotions forts.les mouvements s'arrêtent à mi-chemin par impossibilité de relâchement musculaire des muscles opposés à ceux qui se contractent.il s'agit de la conséquence clinique de l'atteint du système nerveux pyramidal qui contrôle la motricité volontaire (**C.Tourette, 2006, pp.333-334**).

5.2/L'enfant athétosique

L'enfant athétosique a une intelligence souvent normale ou supérieure à la moyenne, il peut être pris à tort pour un déficient mental car il a du mal à contrôler ses gestes (ce qui peut donner lieu à des sortes de grimaces ou des contorsions) et à s'exprimer oralement de façon compréhensible.

5.3/L'enfant ataxique

Beaucoup plus rare, il est du à une lésion du cervelet, il se caractérise par :

- Des troubles de l'équilibre de la marche (mouvement d'équilibre est perturbé, ses gestes sont imprécis et mal coordonnés)
- Des troubles des mouvements élémentaires et complexes (**C. Tourette, 2006, pp.333-334**).

6. L'étiologie

L'IMC peut avoir plusieurs origines car les lésions cérébrales peuvent survenir avant la naissance, pendant l'accouchement ou encore après la naissance dans les deux premières années de vie de l'enfant, dans tous les cas, ces lésions cérébrales se produisent sur un cerveau qui n'a pas encore atteint sa maturité, Aujourd'hui, on observe une augmentation des enfants pour lesquels l'IMC a une cause anténatale par rapport aux causes néonatales ou postnatales

6.1/Les causes anténatales, en trouve :

- un accident vasculaire cérébral, « les difficultés à l'accouchement. »
- une malformation cérébrale liée à l'infection du fœtus par le cytomegalovirus ou encore la bactérie responsable de la toxoplasmose.

6.2/Les causes néonatales, en trouve

- une prématurité : « naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (sa après les dernières règles) le risque de lésions cérébrales par ischémie et plus important dans le cas de prématurité à 32sa avec un petit poids de naissance en raison d'une circulation sanguine moins efficace.
- un ictère nucléaire : « augmentation du taux de bilirubine dans le sang, substance toxique pour les noyaux.
- une souffrance néonatale due à un accouchement difficile ou un déficit d'apport en oxygène. Cette dernière cause est responsable de 35% des IMC (*M.Guidetti & C. Tourette, 2014, p.31*).

6.3/Les causes postnatales

- une infection cérébrale « virus, encéphalopathie, méningite »
- un traumatisme.
- un traitement de tumeur.
- une maladie métabolique (**F.Poullain, 2011. P.8**).

7. Les troubles associés

7.1/Sensitifs : Diminution de la sensibilité, proprioception notamment en cas d'atteinte motrice importante.

7.2/Sensoriels : visuels ce sont en réalité des neurovisuels, ce qui exclut tous les troubles, ce qui exclut tous les troubles de réfraction .En effet, l'œil est

atteint dans sa motricité, les muscles oculomoteurs mobilisent inefficacement l'œil, cela génère des troubles :

- de la fixation d'une cible.
- de la poursuite (fixation d'une cible mobile), particulièrement touchée chez l'enfant IMC
- des saccades oculaires (mouvement brusque portant le regard d'un point à un autre)

Ceci entraîne des troubles de l'exploratoire et de la perception visuelle.

7.3/Auditifs : La déficience auditive correspond à une insuffisance de l'acuité auditive elle se définit en fonction de sa profondeur, de nature et de son étiologie. (Surdité et hypoacousie : sont des déficiences sensorielles) (*M.Guidetti & C.Tourrette, 1999, p.35*).

7.4/Troubles perceptifs

La perception est la représentation la reconnaissance de sensations de même nature et de degré différent.

Les IMC peuvent souffrir de troubles gnosiques (reconnaissance des choses à travers nos sens) tel que la stéréognosie, c'est -à-dire un manque de représentation tactile spatiale, cela signifie que les sensations tactiles ne leur permettent pas de reconnaître l'objet placé dans leur mains.

7.5/Troubles instrumentaux

Il s'agit d'un programme qui d'exterme les gestes à réaliser dans diverses situations. Ces troubles peuvent retentir sur la vie quotidienne.

La conception du geste peut être si perturbée que l'enfant IMC peut ne pas arriver à faire ce qu'il désire par exemple dans le Domain graphique il peut

trouver la feuille, ne pas arrivera reproduire des figures complexes (F.Poullain, 2011, p.22).

7.6/Troubles du langage

L'atteinte motrice peut être responsable des troubles du langage, la motricité des muscles de la face et de la langue et fréquemment inefficace, les troubles bucco-faciaux peuvent non seulement entraîner un bavage, une mastication et une déglutition déficientes mais aussi des difficultés articulatoires et donc prononciation (M. Guident & C. Tourrette, 2014, p.54).

7.7/Troubles psychologique et du comportement

- Très souvent, les personnes IMC sont émotives, d'humeur instable.
- Difficulté de vivre en société le regard de l'autre.
- les troubles de l'attention peuvent être importants, les causes sont organiques par lésions des noyaux gris centraux ou réactionnelles liées à leur situation personnelle.
- la construction de la relation mère enfant est entravée par l'hospitalisation prolongée au début de la vie de l'enfant.

7.8/Atteinte bucco-faciale

Leur intensité est variable mais modérée dans le cadre d'une diplégie spastique, il existe une atteinte de la bouche et de visage rendant la mastication et l'articulation difficiles et nécessitant une prise en charge orthophonique.

Bien qu'une incoordination de la musculature oro-faciale soit à l'origine d'un retard dans l'acquisition de la parole et du langage demeure habituellement.

7.9/Troubles vesico-sphinctériens

Ces troubles sont mineurs et pas toujours présents.

L'atteinte neurologique ne touche pas l'appareil vesco sphinctérien, le système nerveux autonome étant intègre certains dysfonctionnement.ils se caractérisent par des mictions impérieuses.

7.10/Epilepsie

Maladie nerveuse, caractérisée généralement par des convulsions et la perte de conscience. La crise épileptique est provoquée par la décharge intempestive des cellules cérébrales.

L'épilepsie est plus fréquente chez les spastique que chez les athétosiques où elle est rare, et plus fréquente dans les hémiplegies que dans les diplégies (*M.Guident & C .Tourette, 2014, p.52*).

8. Le développement des enfants IMC

8.1/Développement psychologique

L'évaluation psychologique des enfants IMC pose à la fois des problèmes théoriques et pratiques, des problèmes théoriques d'abord concernant la nature des fonctions évaluées. L'objectif de l'évaluation sera de faire un diagnostic différentiel en distinguant avec certitude les IMC dont l'intelligence est normale des déficients mentaux qui ont des troubles moteurs associés afin de pouvoir préciser les possibilités thérapeutiques grâce a cette évaluation, faire bénéficier l'enfant d'une éducation adaptée à ses possibilités réelles sans risquer une sons-stimulation et une hyper protection ou au contraire le mettre face à des échecs répétés liés à la proposition de tâches impossibles pour lui (*M .Guidetti &C. Tourette, 1999, p.35*).

8.2/Développement psychomoteur

Au cours de la première année, on peut observer des retards dans la mise en place des grandes fonctions (comme la station assise ou la préhension) ainsi qu'une persistance tardive des réflexes archaïques, comme la marche automatique ou le réflexe de MORO qui témoigne d'un certain niveau de maturation neuromotrice. La plupart disparaissent dans les semaines qui suivent la naissance, par la suite, les grandes étapes de développement moteur seront franchies ou non, plus au moins lentement en fonction de la nature et du degré de l'atteinte et des mesures éducatives et thérapeutiques mises en place.

8.3/La personnalité des enfants IMC

Les enfants IMC sont souvent de bon contact, ont le désir de bien faire et de communiquer, ils ont parfois un mauvais contrôle des émotions (rire et larme facile). Des tendances dépressives et parfois agressives surtout au moment de la puberté ou l'enfant prend conscience des conséquences affectives et sociales de son infirmité (M.Guidetti & C. Tourette, 1999, pp.35-36).

9. La prise en charge

9.1/La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale :

Le traitement de l'enfant IMC doit tenir compte de la globalité de l'enfant. Si l'objectif de la marche est essentiel, il n'en est pas pour autant l'unique objectif du traitement. L'enfant doit aussi être aidé dans la manipulation des membres supérieurs (ergothérapie, psychomotricité), il doit communiquer correctement (orthophonie, psychomotricité), on doit pouvoir l'aider dans ses

apprentissages scolaires (neuropsychologue, ergothérapeute) et il doit être accompagné pour faire face à sa différence (psychologue).

La prise en charge sera différente en fonction de la nature et du degré de handicap, on devra préciser à l'enfant et à sa famille les limites de la prise en charge mais aussi les incertitudes du pronostic, dans beaucoup de cas, un soutien psychologique qui portera non seulement de la vie quotidienne et tout dépend de la nature, du degré de handicap aux différents moments de son développement (*M. Guidetti & C. Tournette, 1999, p.22*).

La prise en charge de IMC est multidisciplinaire, elle consiste en des traitements est des thérapies dans différents domaines qu'il s'agisse de : Kinésithérapeute, psy clinicien, l'orthopédie et chirurgie, psychomotricien,.....etc.

9.2/La rééducation fonctionnelle et kinésithérapie :

C'est une thérapie médicale qui vise une réparation globale et possible, étalée dans le temps, des fonctions motrices du sujet atteint ou du malade à travers une batterie de techniques de rééducation s'appuyant sur des exercices passifs et /ou actifs de dynamisation motrice et corporelle. La kinésithérapie, reste le premier traitement prescrit, et accompagne toujours les autres traitements. Il est très important qu'elle soit appliquées dès que le diagnostic d'IMC est posé et qu'elle soit poursuivies sans relâche jusqu'à la fin de la croissance de l'enfant. C'est une thérapie par le mouvement, son objectif est de permettre, par des mouvements, le travail sur les organes déficients du corps afin de les développer et récupérer leur mobilité. Elle permet de donner au malade une meilleure utilisation de sa fonction musculaire, et faciliter l'acquisition d'un mode autonome de déplacement (*M.Guidetti & C. Tournette, 1999, p.28*).

9.3/La rééducation psychomotrice :

Pendant les premières années de sa vie, le développement de l'enfant IMC ne peut pas traverser les mêmes étapes que celui des autres enfants car il ne peut pas appréhender son environnement de la même manière. Il a plus de mal à découvrir le monde qui l'entoure, à expérimenter les objets ou à communiquer. Vivant dans un univers flou et instable, il a beaucoup de difficultés à acquérir des notions de base telles que la permanence des objets ou les relations spatiales. Le rôle capital du psychomotricien est de lui faire acquérir un nouveau regard sur son corps et sur sa relation au monde extérieur. Il a pour but de corriger le déficit sensori-moteur de l'enfant IMC en lui redonnant le plaisir du fonctionnement moteur par des jeux de mouvement, des manipulations ludiques d'objets...etc., et par là l'aider à appréhender son environnement (*R. Finnie , 1996, p .210*).

9.4/Le psychologue clinicien

Le psychologue clinicien, a une double fonction, il évalue d'une part les capacités cognitives d'un enfant (psychomotricité) ainsi que ses affects, et d'autre part, il a fonction de soignant ou de coordinateur des soins autour de la vie affective et familiale de l'enfant « psychothérapie » (*F.Poullain, 2011, p.10*).

9.5/L'orthopédie et chirurgie

Quand la kinésithérapie est insuffisante, des aides orthopédiques sont utilisées, dans le cas de diplégies spastiques, par exemple, il peut s'agir de semelles enveloppantes (coques) placées dans des chaussures normales, de chaussures orthopédiques, ou d'attelles en plastique ou en métal qui ont pour but de maintenir le pied en flexion.

L'orthoptiste s'occupe des troubles neuro-visuels. Il est important d'aider l'enfant à prendre conscience des réductions de son champ visuel et de s'en méfier pendant les déplacements.

Le chirurgien intervient en complément de la kinésithérapie et des aides orthopédiques (*F.Poullain, 2011, p. 11*).

9.6/Le psychomotricien

Intervient à un stade précoce chez l'enfant présentant un retard psychomoteur, il cherche à améliorer la prise de conscience du corps, la coordination, l'orientation temporo-spatiale le rythme gestuel, la latéralisation, les exercices qu'il propose sollicitent ainsi la motricité globale, l'équilibre, la coordination des mouvements, la cadence, la coordination visuogestuelle.

L'enfant peut acquérir un nouveau regard sur son Corps et sur sa relation au monde extérieur. Il s'agit de corriger le déficit sensori-moteur de l'enfant (*F.Poullain, 2011, p. 11*).

9.7L'orthophoniste

S'attache plus particulièrement à la réduction (ou à l'éducation) de la communication, à la fois sur le versant réceptif, et sur le versant expressif. La production de sons, la modulation du ton dans une phrase, l'acquisition de vocabulaire, les règles grammaticales des phrases simples, les troubles de la déglutition font également partie du champ d'action de l'orthophoniste, pour limiter le barrage et les fausses routes.

Stimulation de la région péribuccale ou end buccale, adaptation du volume des prises liquidiennes, modification de la consistance des liquides à l'aide de gélif.

9.8/Le suivi de la famille

Le traitement précoce de l'enfant doit donc également constituer une prise en charge des parents et de leurs inquiétudes, il est en effet important de maintenir un équilibre affectif autour du nourrisson, et dès le départ les parents ont un rôle bénéfique à jouer.

La famille fait de la prise en charge de leur enfant et leur collaboration avec les rééducateurs et indispensable, ainsi les parents pourront reprendre les exercices de stimulation observés en séance, favorisant l'éveil sensori-moteur du bébé, et prendre conscience des réelles compétences de leur enfant (*Inserm, 2004, pp.175-176*).

9.10/La prise en charge psychologique :

Face au handicap, l'enfant perçoit très tôt sa différence. Par conséquent, il peut présenter divers troubles de la vue, de l'audition ou du langage, qui réduisent ses possibilités d'échange avec les autres et rend plus difficile la construction d'une personnalité équilibrée. Les IMC, sont des enfants extrêmement sensibles et émotifs, qui ont besoin d'un soutien psychologique ou pédagogique que peuvent lui apporter de l'aide à surmonter et à dépasser tout ses sentiments d'échec et d'infériorité (*R.Finnien, 1996, p .215*).

Bien que le travail, sera très lent et demande beaucoup de patience, le psychologue doit être attentif, en essayant d'aider l'enfant à réaliser un développement cognitif, intellectuel, psychologique et social, plus normalement possible. Le psychologue s'intéresse beaucoup aux enfants dont les difficultés de communication sont telles qu'ils sont incapables de manifester correctement leur intelligence, soit par la parole, soit par les mouvements de la main (*R.Finnien, 1996, p .216*).

Conclusion du chapitre :

Nous avons bien compris que un enfant IMC a besoin d'une aide identique tout au long de son parcours de vie, cela passe par des soins adaptés le respect de sa personne, la reconnaissance de ça souffrance, d'un sentiment de rejet, reste souvent passif devant ses jouets incapable d'initiative personnelle, tout se passe comme si sans le support d'autrui, le monde, des objets ne pouvait accéder à sa pleine. « Quel que soit le visage de ses différentes, beaucoup d'efforts d'application, ses mains ne répondent pas comme il le désire, ses mimiques ont valeur de paroles ». L'enfant handicapé, face à ces altérations peut présenter divers troubles d'importances variables suivant la nature de son handicap et le vécu particulier de celui-ci par sa famille, troubles dans l'identification vécus.

Pour conclure, on peut dire que l'infirmité motrice cérébrale est une maladie sévère, qui touche un organisme humain, elle accompagne l'enfant durant toute sa vie. Et cela pose quelque troubles psychique sur l'enfant par rapport à son image réelle et ces difficultés. Cette enfant peut être face à un traumatisme.

Chapitre 2 :

L image du corps

Préambule

L'existence d'un individu ne peut se vivre que si elle s'incarne dans un corps qui est vecteur des rapports au monde. Un corps mal formé influence sur le psychisme. Freud avait déjà posé les fondements du rapport entre le schéma corporel et le psychisme. L'image du corps recouvre des données imaginaires, symboliques ou l'influence de vie affective ou émotionnelle est majeure.

Dans ce chapitre on va aborder les définitions de l'image du corps, la différence entre l'image du corps et d'autres notions, la théorie psychanalytique de l'image du corps et les composantes de l'image, pour terminer avec une conclusion.

1. l'image du corps

1.1. Définition des notions : image, corps, image du corps.

1.1.1/la notion d'image

Représentation mentale d'un objet absent. A la différence de l'idée plus abstraite, l'image garde quelque chose de concret. Née de la l'activité spontanée de l'esprit et d'une analyse artificielle antérieure, cette représentation ne se prête pas à l'observation comme l'objet qu'elle ne peut remplacer elle n'est qu'une illusion d'objet, évocation imparfaite de celui-ci « compter donc les colonnes du panthéon, puisque vous l'imaginez si parfaitement ! » dit Alain à l'un de ses amis). L'image est une création originale, élaborée à partir de souvenirs divers. Sous cette forme, elle apparaît fréquemment dans les rêves (*N.Sillamy, 2003, p.225*).

1.1.2/La notion de corps

1. Le terme « corps » en médecine

Le terme « corps » en médecine est employé dans le sens corps anatomique et physiologique, la maladie évoque sons corps à propre d'un symptôme ressenti en un point plus moins biens localisé, du mauvais fonctionnement d'un organe dans son corps, le médecin fait le diagnostic par l'examen clinique des symptômes (*P. Bernard, 1977, p.151*).

2. Le terme corps en psychanalyse

Selon Anne Sangla de, le corps y est désigné comme un principe unificateur contenant, délimitant les modes externes et internes, corps membrane à la fois séparant et mettant en contact, fondant l'unité de soi en même temps qu'instaurant la différence avec l'autre facteur d'isolation et de communication, pouvant assurer la différence de potentiel comme l'osmose (*A.Sanglade, 1983, p. 106*).

La notion de corps s'élabore en référence au corps humain, pour autant qu'il est défini comme, objet pulsionnelle. Il s'agit pourtant plus de ce corps humain en tant qu'il est sais visuellement, dont le contour bien distinct permet de contenir la substance amorphe de la subjectivité primaire, mais de ce corps qui fonctionne dans l'exacte ou il a des limites incertaines (*J. Lacan, 1994, p.190*).

La fonction d'un tel corps, nous pouvons le repérer tout d'abord dans une phase de la relation d'objet dans sa demande d'amour primitive orienté vers la présence de l'autre maternel. Le sujet est amené à supposer le désir de l'autre suivant la aussi une logique de nature phobique, pour chercher à identifier son objet en tant qu'il est la cause de la présence et l'absence maternelle « phallus imaginaire » (*J. Lacan, 1994, p. 190*).

5.1.3/Notion de l'image du corps

1. Image du corps en médecine

L'image du corps est définie comme « *l'image de notre propre corps qui nous formons en même temps, que se développe notre personnalité, est la façon dont notre corps apparaît à nous même, cette image est construite avec des sensations partie de la surface du corps (tactile, thermique, douloureuse), Des muscles et des tendant (kinesthésique). Par de cette multitude de sensations, le sujet éprouve directement une unité du corps* ». (P, Bernard, 1977, p.155).

2. Image du corps en psychanalyse

L'image du corps est « une construction psychique de la représentation du corps, elle est éminemment personnelle et inconsciente fondatrice notre identité, sa construction s'appuie à la fois sur des facteurs sociaux et psychologiques (C.Mareau & all, 2004, p95).

Selon J.D. Nazieu, « *le corps qui s'intéresse à la psychanalyse n'est pas notre organisme, corps ausculté et soigné par la médecine. Nos le corps qui nous intéresse est notre corps vivant ; certes, mais tel que nous l'aimons ou le rejetons, tel qu'il est inscrit dans notre histoire et tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés* » (J. D. Nazieu, 2007, p.75).

2. La différence entre l'image du corps, schéma corporel et présentation du soi

2.1/L'image du corps

L'image du corps, selon F. DOLTO, est structuré de synthèse entre l'image de base, fonctionnelle et érogène, se reliant par une articulation « dynamique », activées par « les pulsions de vie », qui correspond au désir

d'être, de préserver l'avenir ou encore l'advenir, « l'image dynamique exprime en chacun de nous l'État, appelant l'Advenir : le sujet en droit de désirer, [...] La « désirance » ». (*F. DOLTO, 1984, p.58*).

L'image du corps renvoie à la notion de moi –peau développé par D. Anzieu en 197 et dont il donne la définition suivant (*par moi –peau nous désignant une figuration dont le moi de l'enfance se sert au cours des phrases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps*) (*A.Sanglade, 1983, p.106*).

En 1974, D. ANZIEU donne une autre conception de l'image du corps : « le moi-peau », d'une notion psychanalytique, il le définit comme « *une figuration dont, le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme contenu, les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps* ». (*D.Anzieu, 1985, p.4*).

2.2/Schéma corporel :

Le schéma corporel est une réalité de fait, il existe en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique [...].

Certes, des atteintes organiques précoces peuvent provoquer des troubles de schéma corporel, et ceux-ci du fait du manque ou de l'interruption des relations langagières, peuvent entraîner des modifications passagères ou durables à vie de l'image du corps. Il est cependant fréquent qu'un schéma corporel infirme et une image du corps saine cohabitent chez le même sujet (*F. Dolto, 1984, p.18*).

Selon D. Anzieu et C. Chabert, l'image du corps appartient au registre imaginaire et demande à être distinguée du schéma corporel ,qui relève d'un registre sensori-moteur et cognitif, l'image du corps est inconsciente , sa base

est affective ;le schéma corporel est préconscient ,sa base est neurologique .dans le premier cas ,le corps est vécu comme le moyen premier de la relation avec autrui ;dans le second cas ,le corps sert d'instrument d'action dans l'espace et sur les objets (*D . Anzieu & C. Chabert, 1961, p.326*).

2.3/L'image du corps et la représentation de soi

Proche de l'image du corps, elle signifie une projection du corps que l'on extériorise et l'on diffuse, que l'on donne à voir ; un corps « objectalisé », elle - la représentation de soi - est une sorte d'une médiatisation qui agit sur la relation des autres. Sur des qualités inconscientes issues du vécu corporel, que celle-ci attribue un conditionnement des relations individuelles aux autres (*A. Sanglade, 1983, p.106*).

2.4/L'image de soi

Etroitement lié, l'image de soi est parallèlement associée implicitement aux autres concepts : l'image du corps et le schéma corporel, un concept représentatif, relatif à l'ensemble des perceptions et de croyances à propos du soi que celles-ci s'articulent autour de l'acceptation du soi (*E.Dubrat, 2007, p.47*).

L'image de soi s'active par la double dimension, complémentaires, reliées à la question de la reconnaissance, impliquant la reconnaissance par autrui et la reconnaissance par soi-même (*E.Dubrat, 2007, p.49*).

3. Les dimensions structurelles

3.1. La dimension structurelle et développementale du corps

F. Dolto élargit le concept des « stades de développement » pour en souligner l'importance cruciale des franchissements, chacun correspondants à

des remaniements pulsionnels décisifs pour le sujet. A chaque stade de développement libidinal, l'être humain semble appréhender le temps et l'espace de son être au monde par la médiation d'une image caractéristique du stade en cours. L'entité image du corps serait la synthèse de trois composantes :

3.1.1/L'image de base

Dite aussi « image de sécurité » assure au sujet la « mémeté d'être ». Selon F. Dolto, il y a un narcissisme primordial qui préexiste à la conception de l'individu qui devient sujet du désir de vivre. C'est ce en quoi l'enfant est un héritier symbolique du désir de ses géniteurs. Ce narcissisme pousse le sujet à s'incarner dans un corps.

L'image de base est la plus fragile. Toute menace contre son intégrité peut être ressentie comme mortelle. Parce que basale, cette image est le lieu de l'affrontement fondamental et radical des pulsions de vie contre les pulsions de mort (*F. Dolto, 1984, p.50*).

3.1.2/L'image fonctionnelle

L'image fonctionnelle est la caractéristique énergétique qui porte vers l'action et qui établit des relations avec l'environnement ; elle vise l'accomplissement du désir du sujet. Avec ces modifications de l'image de base évoluent les images fonctionnelles et érogènes, et c'est ainsi qu'on peut voir l'image fonctionnelle anale, d'abord exclusivement émissive passive, évoluer en direction de l'expulsion énergétique vers les plaisirs qui l'accompagnent, pour ensuite se déplacer sur d'autres objets partiels du corps, également « expulsables » comme une colonne d'air pulmonaire (chant, instruments à vents, théâtre). Celle-ci, une fois les modalités de la sonorisation buccale découvertes par modification de la forme de l'ouverture

orale, conduira à la lallation, la modulation de la voix et pour finir aux actes de parler et de chanter (*F. Dolto, 1984, p.50*).

3.1.3/L'image érogène

L'image érogène : l'image érogène « pour seulement la présenter, je dirai qu'elle est associée a-t-elle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalise plaisir en déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés, traits et trous, images douées d'intention émissives, actives ou réceptives passives à but agréable ou désagréable » (*F. Dolto, 1984, p.57*).

On peut parler d'une image dynamique orale centripète par rapport au besoin ; l'image dynamique anale est centrifuge par rapport au besoin ; l'image dynamique génitale est centripète chez la femme relativement à l'objet pénien et chez l'homme centrifuge. Dans l'accouchement, il y a une image dynamique centrifuge expulsive. L'image dynamique orale-anale, conforme au schéma corporel, suit le cheminement bouche vers anus. En cas du vomissement, l'image orale agit le rejet de l'objet ingéré. Elle est inversée dans la relation à l'autre.

Après le biberon, le bébé a besoin de parler de communiquer le désir qu'il ait de sa mère. Il est à la recherche de l'autre par qui il se sent être. Si on ne lui parle pas, il peut assouvir les potentialités dynamiques de ses pulsions suçant son pouce. Une partie de son corps devient un support illusoire du leurre de l'autre. Il entre dans un système compulsif où il utilise son corps pour fonctionner (*C.Paquis, 2008, pp.4-6*).

L'image du corps est la synthèse vivante en constant devenir, de ces trois images de base, fonctionnelle et érogène, reliées entre elles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique.

-L'image dynamique : exprimes-en chacun de nous l'état, appelant l'advenir, le sujet en droit de désirer, j'aimerais dire « en désirance » (**F. Dolto, 1984, p.58**).

4. Evolution de l'image du corps

De l'image de corps est donc avant tout de l'ordre du corps. La constitution et l'évolution du l'image du corps sont étroitement liées à la libido.

4.1. La première phase

« La phase orale » est qualifiée par S. FREUD comme une phase de « cannibalisme », d'un caractère sexuel, qui en réside dans l'incorporation d'un certain objet qui jouera, tardivement, un rôle important dans l'identification, par le moyen de suçotement sera la référence de cette phase (**A. Vanier, 2005, p.82**).

Selon A. Braconnier, ce premier stade s'organise sur deux vécus ; le premier est le stade oral primitif, dès le premier semestre de la vie, la bouche est foyer et le moyen d'approche, la succion comme le mode le plus dominant, mais sans aucune incorporation, le deuxième est le stade tardif, en partie l'incorporation par morsure se substitue à la succion. (**A. Barconnier, 2006, p.83**).

4.2. La deuxième phase

Nommée « la phase sadique-anale », elle est marquée par le temps de l'opposition entre actif et passif. (A. VANIER, 2005, p83). D'après A.BRACONNIER, ce stade s'étend de la deuxième à la troisième année de la naissance, caractérisée principalement par des tentions portées sur la défécation : une satisfaction libidinale due à l'évacuation et à l'excitation de la muqueuse anale (**A.Barconnier, 2006, p.37**).

Il est indispensable aussi de le distinguer du premier stade ; à la différence, il paraît que la passivité et la dépendance de l'enfant totalement de sa mère, dans la majorité des situations, déterminent clairement la phase orale, alors que cette phase se caractérise par une maîtrise des mouvements sphinctériens ainsi de l'excrétion, soit une autonomie de l'enfant par rapport à sa mère.

Il est indispensable encore de faire allusion que cette période anale soit un « déterminant de la personnalité adulte » ; « le style de conduite anale » des comportements et attitudes influençant, conditionnant, et déterminant les traits de la personnalité et même le rapport de l'individu à la réalité. (*H. Wallon, 1987, p.43*).

4.3. La troisième phase

Cette période dénommée « la phase phallique » spécifiée nettement par le complexe d'Œdipe. Entre trois à cinq ans, l'enfant oriente principalement la zone érogène dominante vers ses organes génitaux, de plus la décharge et l'exacerbation des tensions. Des tensions qui pourraient être différenciées, soit pour les garçons, ce complexe comprend une intensification de son amour pour sa mère, aussi qu'un conflit entre son amour pour son père suivi d'une haine, soit pour les filles, dans l'évolution de ce complexe, on perçoit un certain amour pour son père, une attirance préparatoire par des déceptions relationnelles avec sa mère, principalement (*A. Barconnier, 2006, p.39*).

La période pendant laquelle l'enfant accède à l'identité sexuelle, une unité émotionnelle du corps par l'identification au parent du même sexe (*H. Wallon, 1987, p.44*).

L'image du corps sera un résultat de développement et de construction, qui s'accroît avec les différents stades du développement, elle se succède avec les dimensions relationnelles.

La mise en œuvre de ce concept chez l'enfant, évidemment le bébé, qui est dans un développement permanent, s'appréhende sous une succession d'événements attribuables aux relationnels, sous des aspects communicatifs élaborés par autrui, plus précisément la mère auquel il est charnellement attaché, qui coïncident avec les sens d'avis, les jugements, les encouragements, ses dires infirment et promeuvent l'évolution de l'image inconsciente du corps.

L'unification de cette image du corps, qui se relie avec l'image de soi et le schéma corporel, s'approprie par la parole et par la relation symbolique avec autrui, qui fait à ce que le nourrisson puisse vivre dans un tout, à considérer que les perceptions rencontrées et accumulées, à savoir les excitations provoquées par la castration et l'insatisfaction d'un quelconque désir, pourraient être des percussions sur un mode de vie morcelé et introjecté (*CH.Paquis, 2008, p.6*).

En revanche, la maturation de l'image du corps s'active à partir de nombreuses castrations qui se succèdent l'une derrière l'autre durant la vie du nourrisson ;

4.3.1/La castration ombilicale :

Cette première étape s'identifie par la fin de la vie fœtale, la naissance qui est considérée comme le premier bouleversement, le premier choc et un nouveau mode totalement différent, avec l'installation du narcissisme comme un fondement primordiale.

4.3.2/La castration orale :

La deuxième étape s'identifie par l'interdiction de la tétée ou par unsevrage, et qui coïncide avec l'acquisition de la parole et du langage, se met en œuvre pour accéder à l'autonomie et à la socialisation, aussi qu'être nocif à soi ainsi qu'à autrui.

4.3.3/La castration génitale primaire :

En l'associant avec la deuxième, l'accès au langage pourrait enclencher une différenciation entre les sexes, entre les filles et les garçons.

4.3.4/La castration génitale œdipienne :

Cette étape tourne autour de l'inceste, des interdictions s'ouvrent de nouvelles valeurs aux yeux de l'enfant, à savoir l'organisation de ces pensées apprivoisées autour de l'amour et la haine (*CH.Paquis, 2008, p.7*).

5. Image du corps et handicap

Chez l'enfant IMC, même si la symptomatologie est centrée sur le trouble moteur, d'autres grandes fonctions peuvent être touchées. En effet, l'atteinte cérébrale peut entraîner des perturbations sensitives, sensorielles, cognitives, comportementales ou encore des troubles psychomoteurs.

Corps dépendant, manipulé, douloureux, appareillé, observé... Autant d'obstacles à la fonction unificatrice de la peau et la mise en place de limites corporelles précises. Or, comme le démontre Didier Anzieu dans le « Moi peau », la peau dans sa notion d'enveloppe du corps participe au développement psychique de l'enfant. Par conséquent, une telle réalité corporelle est difficile à admettre et perturbe la représentation que l'enfant IMC se fait de son corps (*J.P.Chevance, 2007, p.2*).

Image de soi paraît importante pour ces personnes aux corps abîmés. Elles témoignent que le regard d'autrui est une préoccupation exacerbée du fait qu'elles éprouvent une gêne à montrer leur corps. L'image du corps se construit à partir du regard de l'autre.

Le corps est comme un médiateur, une interface entre un individu et le monde extérieur. Participer à la réhabilitation de ce corps parfois instrumentalisé aide la personne à aller vers l'autre. Prendre soin de l'autre, c'est aussi l'accompagner vers la socialisation qui est souvent difficile pour les personnes handicapées.

Ce corps est souvent perçu comme défaillant, non aimable par les personnes handicapées, de nombreuses blessures psychiques lui sont associées (*J.P.Chevance, 2007, p.3*).

Conclusion

Dans la vie quotidienne, la crainte des dérobades du corps est quasi-permanente. Même si elle n'apparaît pas à la conscience claire, elle constitue un fond d'anxiété qui se surajoute à notre fameux facteur Tout acte qui met en jeu notre motricité ou notre gestualité défaillante est un risque. Nous vivons ces situations d'échec corporel comme une trahison. Même si nous pensons avoir acquis suffisamment de maîtrise fonctionnelle, cette peur d'être trahi par notre corps nous habite inconsciemment. Ce manque de confiance en notre corps émerge aussi à la suite des différentes interventions, médicales, rééducatives, chirurgicales et orthopédiques car elles constituent un renvoi incessant de notre faillibilité.

Chapitre 3 :

**Le développement
psychologique de
l'enfant**

Préambule

L'enfant est un être en structuration (psychique) et en développement (moteur) qui accède à l'autonomie par le jeu et par ses rapports successifs aux limites de ses capacités qu'elles soient comportementales physiques ou psychiques. Les limites que vient tester l'enfant dans ses expériences ne doivent être ni trop proches, ni trop éloignées de ses compétences, pour que ses apprentissages soient efficaces.

Pour que l'enfant se structure, il est nécessaire qu'il évolue dans un cadre affectif stable et valorisant ; il est nécessaire qu'il vive des expériences multiples et variées. Tout au long de ces découvertes, l'adulte étaye l'enfant par des échanges verbaux et par la reconnaissance qu'il a de ses compétences ; ce sont ces retours qui aident l'enfant à se structurer, et à mettre du sens sur les expériences qu'il vit tous les jours.

A travers ce chapitre, nous allons définir l'enfant puis aborder les étapes de développement psycho moteur, psycho affectif et cognitif de l'enfant, pour enfin conclure avec une prise en charge et une synthèse du chapitre.

1. L'enfant :

Étymologiquement, les termes d'« enfant », d'« enfance », renvoient d'abord à une notion d'inachèvement. L'infantia, C'est le défaut d'éloquence ; l'infans désigne celui qui ne maîtrise pas le langage et, par extension, les premières années de vie. On peut aussi, ainsi que le fait remarquer Weil (1987), constater qu'à cette première connotation d'inachèvement vient s'ajouter celle de l'assujettissement. Dans les parlers du Sud-ouest, les termes de fante d'infante désignent le valet, la servante, qui connaîtront un destin de soumis, tout comme les fantassins et l'infanterie (*Baudier. A & Céleste. B, 2010, p.4*).

L'enfant, de par son statut même est en perpétuelle évolution, à la recherche d'un équilibre toujours remis en question et ceci aussi bien du fait des lois inhérentes à sa croissance que l'impact des conditions environnementales ainsi que tous les événements auxquels, il peut être confronté et qui peut soit conforter, soit attaquer son narcissisme (*N. Jeammet, 2006, p.77*).

L'enfant handicapé :

L'enfant handicapé est un enfant qui n'a pas les activités ni les participations normales pour son groupe d'âge, et son approche médicale demande un savoir-faire particulier lié à la prise en charge des enfants.

Un enfant handicapé peut présenter une déficience motrice des deux membres inférieurs « paraplégie secondaire à un Spina bifida, ou diplégie spastique liée à une infirmité motrice cérébrale » (*N. Sillamy.1991. p130*).

2. Les différents aspects du développement chez l'enfant

2.1. Le développement psycho affectif

La théorie freudienne admet que l'enfant se trouve au début de sa vie dans un état d'indifférenciation que Freud appelle la période de narcissisme primaire et qui correspond au passage de 'auto-érotisme à la relation objectale. Freud postule que la pulsion libidinale s'étaye, prend appui, sur la fonction alimentaire : la mère satisfait le besoin alimentaire et est associée au plaisir de l'enfant : c'est ce qu'on appelle la théorie de l'étayage.

Freud a établi une chronologie des stades de la libido que ces stades se chevauchent et coexistent tout au long du développement (*H. Romano, 2011, p.55*).

2.1.1/Le stade oral : (de 0 à 12-18 mois)

La vie affective de l'alimentation bébé est organisée autour de la fonction alimentaire. L'alimentation a pour Freud deux fonctions : nutritionnelle et libidinale ces deux fonctions vont se séparer : l'activité de succion va s'exercer pour elle-même en dehors des heures de tétée au cours du premier semestre, c'est la phase pré-ambivalente, puis dans le deuxième semestre s'ajoutera à la succion la morsure avec un comportement d'agressivité, et l'ambivalence des sentiments il veut en même temps incorporer sa mère et lui faire mal, c'est la phase sadique orale. Le sevrage modifie la relation à la mère. Un moi rudimentaire s'élabore progressivement à partir de ça (*H.Romano, 2011, p.56*).

2.1.2/Le stade anal : de 18 mois à 3 ans

C'est avec le début du contrôle sphinctérien que commence ce stade. La zone érogène devient la région anale, avec le plaisir de la défécation et de la rétention volontaire. L'enfant considère le contenu de ses intestins comme une partie de lui-même, qu'il peut ou non, selon son bon vouloir, offrir en cadeau à sa mère dans le pot. Son autonomie croissante déclenche des interdits parentaux, qui suscitent chez lui des sentiments d'agressivité qu'il décharge sur des objets (aspect sadique). La relation de l'enfant à l'objet libidinale s'exprime en termes de possession/expulsion. Le moi se renforce et les interdits parentaux sont à l'origine du surmoi (*H.Romano, 2011, p.57*).

2.1.3/Le stade phallique : de 3 ans à 4 ans

Ce stade est succédé au stade anal que nous avons présenté et se caractérise par le choix d'une nouvelle zone érogène : les organes génitaux externes avec l'éveil de la sexualité génitale. La curiosité sexuelle de l'enfant de cet âge est liée à la découverte de la différence des sexes avec le primat (freudien) accordé au phallus, terme plus symbolique que celui de pénis, qui

est à l'origine de castration. Elle génère des théories sexuelles infantiles, indépendantes des informations sexuelles fournies aux enfants : théorie de la fécondation orale ou anale, de la naissance anale ou ombilicale, scène « primitive » qui est une représentation fantasmatique du coït parental.

Cette activité s'insère dans une attitude plus générale de quête de savoir, montrant ainsi les interrelations entre sexualité infantile et développement intellectuel (*H. Romano, 2011, p. 57-58*).

2.1.4/Le complexe d'Œdipe

Tout le cheminement de la période œdipienne consiste à se faire de ce type de compréhension primitive de la différence des sexes, pour aller vers une connaissance plus élaborée de celle-ci à travers celle de la procréation et de la sexualité génitale comme faite on le bébé. Le conflit est lié au tabou de l'inceste.

Et que l'introduction rattachée par Freud au mythe d'Œdipe, reste un organisateur assez universel du développement de l'enfant. Il parle de « complexe d'Œdipe », ce que correspond, pour Dolto (1971), à une liaison indissociable entre, d'une part des pulsions, à buts différents, parfois contradictoires, et d'autre part des interdictions, d'autre culturel, s'oppose à la réalisation de certains de ces pulsions (*H. Romano, 2011, p. 58*).

2.1.5/La période de la latence (de 6ans à 12ans)

Freud a décrit ce moment comme une « période » et non un « stade », car à ce moment-là c'est l'ensemble de tout ce qui a été expérimenté précédemment qui est assimilé sans qu'il y ait de nouvelles zones érogènes investies. Au niveau pulsionnel, c'est un temps d'apaisement, ce qui ne signifie pas qu'il ne se passe rien pour le développement psychoaffectif de l'enfant. La résolution du complexe œdipien conduit l'enfant à investir d'autres registres et à déplacer son attention, les camarades, les activités scolaires et les loisirs). Suite

à cette période, l'enfant s'est dégagé des questionnements et des angoisses du stade œdipien. Il renonce à la rivalité et à la séduction des adultes et peut investir d'autres champs d'expériences tels que les apprentissages, en particulier l'enseignement scolaire (*H.Romano, 2011, pp.59-60*).

Le développement affectif permet à l'enfant de construire sa confiance en sa capacité d'apprendre, de trouver le courage de faire des erreurs, de persévérer dans la répétition d'un geste parce qu'il sait pouvoir le maîtriser, de chercher des stratégies variées pour arriver à ses fins.

2.2. Développement psychomoteur :

Pour Wallon, « la psychomotricité reste donc le moyen premier et fondamental de l'expérience du corps, mais la connaissance qui en est issue, du sentiment au concept, résulte conjointement d'une assimilation affective et poly sensorielle, la prise de conscience de son unité morphologique passe par le chemin de son individuation effective » (*D.Ajuriaguerra & D. Marcelli, 1962, p.96*).

Le terme de psychomoteur exprime d'emblée que le développement de la motricité est très lié à celui de l'affectivité; au cours de ces développements'expriment les progrès en motricité, dans le développement intellectuel et dans le développement socio-affectif, l'acquisition de la marche est une bonne illustration de ces interrelations puisque l'apparition de l'autonomie locomotrice ne permet à l'enfant d'aller où il veut.

Le développement se déroule en suivant quelques lois qui permettent d'encomprendre les mécanismes, il suffit de connaître les deux lois qui permettent de comprendre la succession des étapes de développement psychomoteur et les lois qui sont céphalo-caudal et proximo-distal, qui ont été décrites par Gesell (*M.Guidetti & C.Tourrette, 1999, p.64*).

Les caractéristiques de la motricité sont particulières on relève au niveau de membres une hypertonie physiologique du tonus musculaire, avec des attitudes en flexion, et une motricité spontanée fait de mouvements diffus et anarchique. Au niveau du visage, on observe une motilité (moues, grimaces) qui peut avoir valeur de communication pour la mère et préfigure le sourire, les stimuli internes bien perçus ont une influence prépondérante sur le vécu du bébé.

Entre 0 et 2 ans le tonus musculaire évolue, au niveau des membres vers une hypotonie et des attitudes en extension et le développement se perfectionne et vérifie la loi céphalo-caudale (maintien la tête vers 5 mois position assise vers 8 mois et station debout à 1 ans). La marche, quant à elle, est acquise vers 14-16 mois alors que le contrôle de la station verticale et la coordination des mouvements alternés des membres inférieurs sont acquis. La préhension volontaire important chez l'enfant pour la reconnaissance des objets et l'exploration de son corps suit une évolution par des stades : cubito-palmaire (préhension par les quatre derniers doigts) à 5 mois elle devient digito-palmaire (entre la paume et les quatre dernier doigts) à 6 mois puis radio-palmaire vers 7-8 mois et radio digital (entre le pouce et l'index) vers 10 mois. Ainsi la mimique volontaire apparaît vers 2 mois sous la forme de la réponse par le sourire au visage humain de face et le mouvement de l'enfant s'organisent en gestes intentionnels avant d'accéder au statut de conduites symbolique. A Partir de 2 ans les possibilités perceptivo-motrice de l'enfant se perfectionnent dans le sens d'une grande finesse et maîtrise et plus grande capacité chez lui à se représenter son corps (*K.Gueniche, 2007, pp.12-13*).

2.3. Le développement cognitif

Piaget définit quatre périodes principales dans le développement de l'enfant, chaque période se caractérise par une structure d'ensemble et

correspond à un palier d'équilibration. Il se succède dans le même ordre pour tous les enfants, le développement cognitif se construit en même temps que le développement affectif et moteur de l'enfant.

2.3.1/Stade de l'intelligence sensori-motrice de 0 à 2 ans :

Ce stade correspond au développement et à la coordination des capacités sensorielles et motrices du bébé, il est caractérisé par l'exercice des actions sensori-motrices. L'intelligence qui va se manifester à la fin de la première année est due à la mobilité des schèmes, mais c'est une intelligence qui n'est encore que pratique (liée à l'action). À la fin de la deuxième année, les représentations mentales naissantes vont permettre à l'enfant de manipuler en pensée et non seulement en action. Elles vont donc permettre une intériorisation des actions (*H.Romano, 2011, p. 73*).

2.3.2/Stade préopératoire de 2 à 6 ans

C'est une période de préparation aux opérations concrètes qui débute avec la fonction symbolique ou sémiotique et qui s'articule autour de l'imitation différée, du jeu symbolique, de l'image mentale, du dessin et du langage (*H. Romano, 2011, p. 74*).

2.3.3/Stade des opérations concrètes de 7 ans à 11 ans

L'enfant a accédé aux opérations caractérisées par la réversibilité de la pensée mise en évidence dans la conservation physique spatiale et numérique. L'enfant prend conscience de l'existence de sa propre pensée et de celle des autres, ce qui conduit à de profondes évolutions dans ses apprentissages et dans ses relations sociales (*H. Romano, 2011, p. 74*).

2.3.4/Stade des opérations formelles

Le monde est compris en termes plus abstraits. L'enfant qui devient adolescent peut conduire de véritables raisonnements, émettre des hypothèses,

élaborer des systèmes de représentations et avoir des théories. Ces dernières restent souvent abstraites, sans grand rapport avec les réalités vécues au jour le jour : « l'adolescent, grâce à sa personnalité naissante, se pose en égal des ses aînés, mais il se sent autre, différent d'eux par la vie nouvelle qui s'agite en lui. Comme il se doit, il veut les dépasser et les étonner tout en transformant le monde » (*H.Romano, 2011, p.74*).

Conclusion du chapitre

Pour conclure ce chapitre on peut dire qu'il est difficile d'établir une marge claire entre les différentes étapes de développement ainsi que ce développement reste un chemin compliqué long à parcourir et les caractéristiques sont différentes d'un enfant à l'autre.

Dans le cas de l'enfant I.M.C, non seulement le développement moteur se trouve considérablement retardé et perturbé par les troubles de la fonction motrice – affectant aussi bien le mouvement proprement dit que le tonus – mais les restrictions et les interdits moteurs que lui impose le handicap limitent le nombre et le champ de ses expériences sensori-motrices. L'espace extracorporel explorable s'en trouve singulièrement rétréci.

On peut légitimement supposer que l'organisation et le développement de l'espace de ses mouvements et du corps propre subira des distorsions, présentera des anomalies, des décalages par rapport aux enfants normaux.

Partie pratique

Chapitre 4 :
Méthodologie de la
recherche

Préambule

Après la présentation des trois chapitres précédents qui ont constitué le côté théorique de notre recherche, nous allons maintenant présenter le côté pratique qui consiste premièrement en la méthodologie de recherche mise en œuvre pour mener notre recherche.

Dans ce chapitre, nous allons retracer l'ensemble des étapes de la réalisation de notre thème d'étude qui est « Le traumatisme psychique chez les enfants handicapés IMC de 6 à 12 ans ». De ce fait, nous débutons par la présentation de notre pré-enquête, la description du lieu et de groupe de recherche et ensuite nous présentons les techniques que nous avons utilisées, enfin terminer avec une synthèse du chapitre.

1. La pré-enquête :

D'après Madeleine Grawitz, la pré-enquête « consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (questionnaires, entretien, analyse de document) prévus pour effectuer l'enquête. si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs » (*M.Grawitz, 2000, p.550*).

Nous avons débuté notre recherche par une pré -enquête qui nous a permis de recueillir un maximum de connaissance et d'information sur le groupe de recherche, et d'effectuer un certain nombre d'observations et nous a servis ainsi à mieux construire notre guide et à mieux formuler les questions et l'hypothèse de la recherche.

Dans le but de valider notre question de départ et afin d'aboutir à une question de recherche, on a réalisé une pré-enquête au niveau du (C.D. R.F) d'Akbou Wilaya de Bejaia.

Notre recherche a été faite avec des enfants IMC, on s'est déplacé à AKBOU « C. D. R. F », (Cabinet de Rééducation Fonctionnelle) pour vérifier si nous pouvons trouver notre groupe d'étude. En premier lieu on a contacté le Kinésithérapeute pour nous accorder l'avis favorable pour l'exercice de notre recherche. Nous avons trouvé quelques difficultés dans la disponibilité des cas pour notre étude.

Avec l'aide de Kinésithérapeute, nous avons pris contact avec les parents des enfants (IMC), on a appliqué le guide d'entretien à l'aide de notre cadre théorique, ces derniers ont accepté d'adhérer à notre enquête.

Parmi les éléments destinés à faire partie de notre étude il y'a ceux qui ont éliminé car nous avons des difficultés à recueillir les informations nécessaires pour notre étude à cause de l'état de santé des uns et le retard mental des autres.

2. La démarche clinique

Afin de vérifier l'hypothèse de notre thème de recherche, nous nous sommes basés dans notre enquête sur la démarche clinique.

C'est une méthode la plus utilisée en pratique clinique et définit comme « méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considérer comme un être aux prises avec une situation déterminée » (*N.Sillamy, 2003, p.57*).

Il est clair que le but de la démarche clinique c'est de comprendre l'état psychique de l'individu à partir de son histoire en arrivant à ces relations actuelles.

Dans notre recherche nous avons étudié la méthode descriptive ou les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes.

3. La méthode descriptive

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthode corrélationnelle, méthode développementale, enquête). Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objet de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois, de décrire la relation qui existe ces composantes (*K.chahraoui & H.Bénony, 2003, p.125*).

3.1/L'étude de cas :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer les problèmes d'un sujet dans un contexte de la vie où sont prise en compte différents niveaux d'observation et de compréhension, organisation de la personnalité, relation avec l'environnement présent et passé. À partir de l'ensemble de ces données descriptives, le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite, celle-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique (*K .chahraoui & H . Bénony, 2003, p.126*).

4. Présentation du cadre de la recherche

4.1./Présentation du lieu de stage

Notre recherche a été effectuée au sein d'un cabinet de rééducation fonctionnaire qui est situé en face CEM Danielle Mines à Akbou Wilaya de Bejaia.

Le cabinet fut créé en 1984 par Monsieur AKILAL Mahmoud, spécialiste kinésithérapeute, 37 ans d'expérience. Il a travaillé à l'hôpital d'Akbou en 1974.

Pendant 5 ans et en 1984 il a créé un cabinet privé de rééducation, le personnel est composé d'un kinésithérapeute et d'une aide-soignante, un bureau de kinésithérapeute, un bureau d'accueil, deux salles d'attente (homme et femme), deux salles de soin (homme et femme), chaque salle a des matériels qu'il faut.

Le cabinet de kinésithérapeute est ouvert de 8h30 à 17h00 toute la semaine et de 8h30 à 12h00 le vendredi.

4.2/ Le groupe de recherche :

- **L'âge :** tous les cas sont des enfants âgés de 6 à 11 ans, car il s'agit de la période de latence. Le groupe de notre recherche est bien des enfants atteints d'infirmotricité cérébrale.
- **Le sexe :** on n'a pas voulu limiter notre population d'étude à un sexe bien défini, les cas qu'on a rencontrés au cours de notre recherche étaient un mélange de sexe masculin et féminin.
- **Le degré de la déficience :** on n'a éliminé de notre population d'étude les enfants IMC avec un degré léger.
- **La langue :** nous avons choisi la langue kabyle parce que c'est celle que pratiquent ces enfants.

Tableau N°1: Tableau récapitulatif des caractéristiques des enfants IMC.

Nom	Sexe	Age	Cause d'handicap	Type d'handicap
Amina	Féminine	9 ans	Périnatale	Diplégie spastique
Ghilas	Masculine	11 ans	Post-natale	Hémiplégie spastique
Meriem	Féminine	12 ans	Périnatale	Hémiplégie spastique
Akram	Masculine	12 ans	Périnatale	Hémiplégie spastique

On tient à préciser qu'afin de respecter la vie des enfants et tenant comptes des règles de la déontologie, on a dû changer les prénoms des enfants et garder l'anonymat.

A partir de ce tableau, nous constatons, que notre groupe de recherche est constitué de 4enfant IMC qui sont âgés entre 6 à 12 ans, Ils sont du sexe masculin et féminin présentant chacun un handicap moteur de type déférant. Ce tableau résume les données générales.

4.3/Les techniques de recherche :

Dans notre recherche, on a opté pour l'entretien clinique de recherche qui consiste en la technique de choix pour accéder à des informations subjectifs (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences), témoignant de la complexité d'un sujet.

L'entretien clinique de recherche destiné à atteindre pour objectifs de recueillir un ensemble de données concernant le vécu des sujets et les spécificités pendant l'accident.il permet également de travailler le rapport entretien par le sujet avec son environnement.

L'entretien exploratoire qui est utilisé dans le but « de mettre en lumière les aspects du phénomène auquel le chercheur ne peut penser spontanément et de compléter les pistes de travail suggérées par ses lectures » (*A. Blanchet, 1992, p.43*).

Parmi les différents types d'entretien disponible (l'entretien directif, semi-directif, libre), le choix s'est porté sur l'entretien semi-directif.

4.3.1/L'entretien semi-directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispos d'un guide d'entretien ; il a en tête quelque questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé (*K.Chahraoui &H.Bénony, 2013, p.16*).

L'entretien semi-directif permet, donc d'aborder plusieurs thèmes. Entre chacun de ces thèmes le participant est laissé organiser librement son discours et aborder ses préoccupations, conscientes ou non.

Ainsi L'entretien semi-directif permet d'approcher non seulement l'histoire des participants, l'entretien semi-directif est défini comme suit « comme la situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien. Les thèmes abordés par le clinicien

sont préparés à l'avance elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste simple » (*C.Chiland, 1983, p.11*).

4.3.2/L'entretien avec l'enfant :

La conduite d'entretien avec un enfant et sa famille est particulièrement difficile et nécessite une longue expérience pratique. Une connaissance approfondie du normal et du pathologique chez l'enfant est impérative ainsi qu'une expérience solide dans la manière de communiquer avec l'enfant. Celle-ci diffère de celle communément utilisée avec l'adulte dans laquelle le langage direct est le mode d'échange prioritaire. Avec l'enfant, l'introduction d'objets médiateurs est nécessaire : il s'agit essentiellement du jeu, du dessin, du scénario psychodramatique, mais parfois aussi, et plus le clinicien doit user d'objets intermédiaires. Il y a lieu également de s'adresser à l'enfant avec des mots simples, souvent répétés, et de son niveau d'âge (*K.chahraoui &H.Bénony, 2013, p.87*).

4.3.3/Présentation des axes et le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré : il s'agit « d'un ensemble de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écouter et d'intervention de l'interviewer » (*K.Chahraoui &H.Benony, 2013, p.68*).

On construit 2 guides d'entretiens, un avec l'enfant, un deuxième avec la maman.

Pour le guide d'entretien avec l'enfant, en plus des renseignements personnels qui sont le prénom de l'enfant, son âge son sexe, le nombre de la fratrie, la position dans celle-ci, l'objectif pour avoir des informations générales concernant l'enfant, on a mis 2 axes qui sont :

Axe I : information sur la sociabilité.

Axe II : le handicap.

Le guide d'entretien avec la maman de l'enfant handicapé comprends aussi 2 axes en plus des données personnelles on a :

Axe I : informations concernant l'enfant.

Axes II : grossesse et accouchement.

4.3.4/Dessin du bonhomme

De nombreuses recherches ont été consacrées à l'étude du dessin de la forme humaine, et en premier lieu, celle de Florence Goodenough en 1956. Celle – ci a construit une échelle d'appréciation du bonhomme grâce à laquelle, elle pensait déterminer le niveau d'intelligence des enfants.

Tous les critiques ont cependant intercepté dans ce test de personnalité des facteurs liés à la socialisation, et à l'affectivité de l'enfant.

C'est pour cette raison qu'il a été intégré au niveau des tests de personnalité.

Machover, a aussi apporté des correctifs à la méthode de Goodenough et en a fait un test projectif de tendance affective.

Royer (1977) a introduit une nouvelle étude du dessin du bonhomme basé sur ces correctifs et sur les productions d'une population Européenne. Sa méthode s'est voulue plus analytique et d'approche plus individuelle. Elle a aussi introduit une nouvelle dimension par l'utilisation de la variable couleur dans le dessin jusqu'ici absente chez ses prédécesseurs (<http://www.ac-amiens.fr/amiens5>).

4.3.4.1/Consigne

La reproduction du dessin du bonhomme s'effectue à partir de la consigne :

« Tu vas dessiner un joli Bonhomme, le plus joli que tu peux ».

« Tu va devoir dessin un bonhomme. Il peut te ressembler ».

4.3.4.2/Objectifs

Le test du dessin du bonhomme permet aux psychomotriciens d'évaluer l'idée que l'enfant possède de son schéma corporel (qui est, selon Dolto, « le même pour tous » : il spécifie l'individu en tant que représentant de son espèce), ainsi que de donner des informations sur l'image du corps de l'enfant (représentation inconsciente que l'on a de soi, propre à chacun), il permet également, lorsqu'on utilise la cotation de Royer, d'analyser le travail de son imaginaire.

Tout le travail de l'enfant, du commencement à la fin, des différents parties du corps humain réalisées spontanément ou après mure réflexion .Nous nous sommes intéressées au a reprise ou non de certaines parties, aux mimiques expressives du bonhomme ou à l'absence d'expression et au vide existentiel.

Nous nous sommes aussi préoccupées du pourquoi de l'utilisation des couleurs et de leur absence. Quelque fois les commentaires des enfants pendant l'épreuve sont très révélateurs de la situation psychologique, de la relation aux corps et à l'image de soi.

Pour notre part nous avons essayé de rapporter fidèlement tout le vécu de l'enfant pendant la passation du test tentant de noter les mimiques et les réflexions ainsi que les silences qui sont très significatifs révélant un blocage soudain .en rapport avec le trauma.

Conclusion du chapitre

L'entretien clinique reste un outil qui permet d'avoir une bonne quantité d'informations, surtout l'entretien semi-directif qui laisse une certaine liberté au sujet à s'exprimer.

Ce chapitre méthodologique nous a permis une meilleure organisation de notre travail de recherche, de comprendre le déroulement de la démarche clinique et de connaître la nécessité de la méthode clinique dans la recherche en psychologie clinique. Dans le chapitre **5**, nous nous focaliseront sur la présentation, analyse et discussion des hypothèses.

Chapitre 5 :
Présentation, analyse
et discussion des
hypothèses

Préambule

Tout au long de ce chapitre, nous allons présenter les données et l'analyse des entretiens effectués avec les enfants et la maman. Nous allons d'analyser et d'interpréter les dessins des enfants, pour arriver en dernier lieu à la discussion de nos hypothèses, et, répondre ainsi à notre question de recherche.

1. Présentation et analyse des résultats

1.1. Présentation et analyse des résultats du 1^{er} cas (Amina)

1.1.1. Analyse des entretiens

Il s'agit de la petite Amina âgée de 9ans, atteinte d'une infirmité motrice cérébrale depuis la naissance sous forme de diplégie spastique des membres inférieurs, ainée d'une fratrie de deux enfants dont un petit garçon de 3ans. Amina n'a jamais fréquenté l'école à cause de son handicap. Elle se déplace à l'aide d'une chaise roulante. (D'une famille pauvre).

Lors de l'entretien que nous avons eu avec la maman d'Amina, celle-ci nous répondait assez vaguement, après notre persistance, elle nous a révélé que c'était une grossesse désirée et suivie par un gynécologue et rien d'anormal n'a été décelé.

D'après la maman d'Amina, l'accouchement s'est bien déroulé et la petite Amina se portait à merveille ,et il n'existe pas d'antécédents d'une déficience dans sa famille, la maman nous rapporte que quelques jours après, elle a eu une forte fièvre et a été hospitalisée durant sept jours , au bout du huitième (8) mois ,après une visite chez le pédiatre , celui-ci a diagnostiqué son handicap .Et la maman dit « c'était le monde qui m'est tombé sur la tête .comme toutes jeunes mamans ,je ne savais quoi faire ,je n'ai eu de soutien que la part de ma famille ».

Concernant le développement psychomoteur d'Amina, la maman nous déclare que la majorité des acquisitions n'ont pas été faites à temps telle que la position assise. Comme elle nous a révélé que vers 2ans Amina n'est toujours pas autonome, ne peut s'asseoir sans l'aide d'une tierce personne et ce n'est que vers 3 ans qu'elle a prononcé le premier mot « Mama ».

Après un long soupir, elle nous dit : « J'essaie à chaque fois d'expliquer à Amina sa situation, mais je n'arrive pas à lui faire comprendre ce qu'elle a », « à chaque fois etseyigh adesfahmegh Amina, mais ozmirghara atessefahmegh dachou etewghen».

A propos du sommeil, la maman dit : « amina otheganara bien laacha, ethekhela3 bezzaf, watetrou omba3, hacha mawsighed gher zathes bache atekalmigh, atetkel zathes eligh en plus akka kan machi delahlak ethahlek, machi cause le handicap eynes», « le soir, Amina ne dort pas bien, elle pleure et fait des cauchemars. Elle ne se calme qu'en ma présence, ce que j'ai constaté, même durant la journée, il faut que je sois à ses côtés, ça la soulage et se sent en sécurité, d'où mon incapacité de m'absenter ou de faire mon ménage sans que je sois près d'elle ».

Elle rajoute « egmi idejigh aqchich-nni, vavas ibead fellas », « Après la naissance de mon petit garçon, son père commençait à l'ignorer, ne jouait pas avec elle comme tous les papas ». « Le papa a pris son parti et ne s'intéresse qu'ou petit donc deux poids deux mesures ».Et d'ajouter « me thezar Amina akken vavas thekhedem les crises thetasemme, theshous yejat dayen », « En le voyant ainsi, Amina pique des crises de jalousie car elle se sentait marginaliser ».

Donc on constate que le mot « honte » désigne l'humiliation, ce sont des mots, des images qui touchent à notre histoire intime.

Lors de notre entretien avec Amina, on a constaté, qu'elle souhaitait aller à l'école comme tout enfant de son âge, et avoir des amies comme tout le monde, et nous a répondu en pleurs qu'elle n'était pas comme les autres, car elle se déplace à l'aide d'une chaise roulante « o9eraghaea nekkideg eljama3, evghigh adrouhegh bache adesrough themdoukal amyelis 3emi, ozmirgha3a nekki tedoughe stayii », « je veux aller à l'école pour avoir des amis comme ma cousine ,mais je ne peux pas ,puisque je me déplace avec une chaise roulante » .

Quand on a demandé à Amina si elle joue avec son frère et ses cousins, elle nous a répondu : « ethibighe kan egma adla3begh dides, a3aw 3emi alla alla, oyethibinara », « j'aime seulement jouer avec mon petit frère mes cousins non, non je n'aime pas, puisque mes cousins me détestent ». D'après ce qu'a dit Amina on a constaté que les membres de son entourage ne l'associent jamais à leurs jeux, sauf son petit frère qui vient à elle et partage certains moments ensemble. On remarque aussi qu'elle est triste et angoissée.

D'après, Amina, elle n'aime pas voir son image puisqu'elle la trouve bizarre et différente en la comparant à celle de son petit frère et des autres membres de son entourage. « netta damezyan etedou, nekki khati », « moi je marche pas, mon frère marche ». On a remarqué aussi que même le regard des autres la blesse « offf dachou ekerhegh ekkel, dayen dayen », « off c'est ce que je déteste, stop stop ».

L'un de nous, lui a dit : Tu as de beaux cheveux et tu es très belle. Elle nous a répondu avec une mimique puis a piqué une crise et se met à nous taper des ses frêles mains, comme pour nous dire que non. Et, cela signifie qu'elle n'aime pas son corps et son image.

Cette prise de conscience de soi émerge, de son corps manipulé, appareillé, observé, influence sur sa vie quotidienne et sur son psychisme.

Ses expressions et la manière dont elle a exprimé sa blessure, sa douleur, le sentiment de honte est remarquable.

En ce qui concerne les projets d'avenir d'Amina, c'est juste de réussir un jour de se mettre debout sans l'aide de la chaise roulante ni avec l'aide de sa mère ; tout en espérant un jour jouer avec son père comme le faisait son petit frère.

1.1.2. Analyse et interprétation du dessin du bonhomme d'Amina

Après avoir demandé à Amina si elle voulait bien dessiner, elle a directement accepté.

Amina, dessina son bonhomme en haut de la page vers l'extrême droite, elle commença par la tête, les yeux, le nez et la bouche, puis les cheveux, elle dessina le cou, le tronc, puis le bras droit et ensuite le gauche. Elle représentera les jambes avec une ébauche de pieds, Amina n'utilisa pas de couleurs et ne gomma pas son personnage, Durant le dessin Amina semblait concentrée, comme si elle voulait exprimer quelque chose d'intense, sourcils froncé, rigide, elle le regarda longtemps avant de me le donner.

Le tracé du dessin est appuyé et gros et exprime la colère et le mécontentement. Il est aussi un signe d'agressivité. Il semble y avoir une légère asymétrie dans le dessin surtout dans la proportion de la tête par rapport au corps, elle est décelable aussi dans la longueur excessive des bras par rapport aux jambes.

En ce qui concerne la couleur, Amina a ignoré les crayons de couleur disposés devant elle. Le refus de colorier est suspect, le personnage est noir, de par le tracé appuyé du crayon, ce qui dénote une anxiété.

L'environnement du dessin d'Amina est vide, il n'existe pas.

Les yeux en amande avec un point au milieu en guise de pupilles révèlent une franche agressivité. La bouche ronde. L'absence d'oreilles est en rapport avec le désir de surdité, dénotera, une conscience encore imparfaite de l'existence ou du rôle de cette fonction, ou même parfois une véritable censure en rapport avec des souffrances, soit des récriminations et insultes parentales.

La violence et la tristesse semblent régner dans le dessin d'Amina de par le regard et l'absence de couleur.

La réaction régressive chez Amina se traduit par l'absence de couleur dans le dessin, c'est le seul signe, nous avons déjà donné le sens de ce refus de colorier dans le dessin du bonhomme.

Conclusion du dessin d'Amina : Le dessin d'Amina nous rapporte sa tristesse, sa peur et son anxiété ainsi que son inhibition et l'agressivité. Nous indique son évitement vis-à-vis de son image négative.

1.1.3. Synthèse de l'analyse des résultats d'Amina

Après l'analyse d'entretien effectuée avec sa maman. Nous arrivons à dire que la petite Amina souffre par le regard des autres avait un impacte négatif sur sa personnalité. Elle se sentait mal à l'aise devant une personne valide, surtout si celle-ci est de son âge.

1.2. Présentation et analyse des résultats du 2^{ème} Cas (Ghilas)

1.2.1. Analyse des entretiens

Ghilas est un garçon âgé de 11 ans, atteint d'une infirmité motrice cérébrale depuis la naissance, sous forme d'Hémiplégie côté droit, associée de troubles du langage, Ghilas est issu d'une famille qui se compose d'un garçon et d'une fille, il est en 3^{em} année élémentaire.

Nous nous sommes approchés de la maman qui nous a révélé que c'était une grossesse désirée ,comme sa première grossesse ,mais le jours de l'accouchement elle a subi des problèmes « J'ai eu Ghilas à l'âge de 32 ans avant lui, j'ai eu un garçon puis une fille, c'était une grossesse désirée et rien d'anormal n'a été décelé » .Elle dit aussi « Lors de mon admission à l'hôpital ,pour l'accouchement mon cas s'est dégradé c'était vraiment difficile ; j'ai cru que j'allais passé ,car Ghilas était un gros bébé ; faute que l'hôpital n'a pas de médecin spécialiste: (un gynécologue),la sage-femme a utilisé les forceps au lieu d'une césarienne » .

Elle rajoute « quelques heure après sa naissance, il ne cessait de pleurée. Ils m'ont gardé à l'hôpital durant une semaine car mon état de santé s'est dégradé, les médecins ont tout fait pour que je me rétablisse sans se soucier de l'état du petit Ghilas ».

Elle rajoute aussi « Plus tard, nous avons constaté que la partie droite du petit n'est pas comme la gauche. Pas de résistance, pas de force, c'est à ce moment que notre calvaire a commencé d'un médecin à un autre sans résultats apparents ».

Concernant le développement de Ghilas, sa maman nous rapporte que les acquisitions de bases, n'ont pas été à temps telle que : la position assise, et la marche.

Il n'a fait ses premiers pas que vers l'âge de 4ans. « Adouez mois, il n'arrivait pas à se tenir debout c'est à ce moment qu'on nous a orienté vers un Kinésithérapeute privé. Au fil des années, nous avons constaté un trouble du langage, et un excès de bave. Et maintenant, nous sommes là tout en espérant une meilleure amélioration ».

Lors de ses premiers pas, c'était vraiment difficile pour lui. Il était crispé, manque d'assurance, il avait peur de tomber et se faire mal. C'est grâce à nos encouragements qu'il à commencé à faire ses premiers pas et à acquérir une certaine autonomie.

Concernant son comportement « Il n'est pas comme ses frères malgré ce que tout ce que nous faisons pour lui », « exemple : Pour le ramener à la rééducation, il exige une voiture pour son transport et non pas le bus. Des fois, il devient agressif, surtout quand j'insiste sur le mode de transport ; car des fois, je ne pense me permettre de prendre un taxi». Pour sa scolarité, il est en 3^{eme} année élémentaire car il ne se concentre pas sur ses études et il trouve toujours des excuses pour rester auprès de moi et sécher ses cours. Avant, il était calme, timide mais, plus maintenant. J'ai remarqué beaucoup de changements entre 7 et 8ans, il est agressif envers les enfants de son âge et déteste de jouer et de s'associer avec eux. J'ai constaté aussi qu'il s'isole et n'aime pas qu'on le regard. Et, plusieurs fois, je le surprends entrain d'examiner son bras ou sa jambe invalide et le ou la compare avec l'autre partie valide ». On constate que ces parties touchées le gênent et ne les aime pas. Voir les autres jouer, sauter, courir, être à l'aise dans leurs mouvements le rend agressif et coléreuse.

A propos du sommeil, la maman dit : « son sommeil est toujours perturbé, le moindre petit bruit le dérange et le réveille, il a une ouïe si fine que celle d'un félin ».A cause de mon enfant Ghilas, j'ai déposé mon dossier de retraite pour m'occuper uniquement de lui tout en espérant une amélioration ».

Nous avons rencontré le petit Ghilas accompagné de sa maman. Avant d'entamer l'entretien avec Ghilas, nous avons remarqué que le petit est stressé. Il a d'un regard triste. Nous lui avons demandé de se présenter à nous « nekki Ghilas », « je m'appelle Ghilas », « je viens ici deux fois par semaine pour faire du sport », « taseghed deux fois gher dayi bache adkhedmegh sport ».

Ghilas se tait un bon moment « dayen 3ayigh, yak dayen thenayamed mama », « je suis trop fatigué, en plus ma mère t'a tout raconté ».

D'après les dires de Ghilas, que c'est à cause de son handicap qu'il est marginalisé et que lui-même se sent incapable de rivaliser ses camarades de classe dans leurs jeux, qu'il est incapable aussi de se débrouiller tout seul comme le font les autres, et trouve beaucoup de difficultés à s'intégrer dans le groupe car son image de corps cause un énorme problème.

Ghilas n'aime pas se regarder dans un miroir il nous a avoué : « kerhegh lemri », « je déteste le miroir ».

Quand on a demandé à Ghilas de nous parler sur son enseignante, il nous a regardé méchamment « ewach », « pourquoi », après, il nous a dit qu'il aime pas sa maitresse et ses camarades de classe .« otrouhegh gher koulige mais machi bien, a chaque fois thachikhet ni the9ariyid kechi 9ime kan dinaa ,balak ,atehgelitt , les eleveni ola3benara yidi et3ayarniyi » , « je vais à l'école ,mais je ne suis pas bien car il ya des élèves qui me voient pas comme les autres ,je ne joue pas avec eux et même la maitresse me dit toujours de rester dans un coin pour que je ne tombe pas » .On a remarque aussi que le regard des autres le gêne énormément car, à chaque fois que quelqu'un passe près de nous, il nous lance : « ewache eghedekhezren ? , kerhegh el3ibad eydikhezren, ewacho, okhezren ara weyat ? », « pourquoi il nous regarde ?, je déteste les gens qui me regardent .Pourquoi , il ne regarde pas les autres ? » .

D'où, on constate que le petit Ghilas fait l'accent sur l'anormalité .Et, on peut dire aussi que chez l'enfant, le langage du corps est celui qui s'exprime le plus avant les mots. L'enfant se sent différent et il a souvent une image de lui-même très négative et dévalorisante.

Pour les projets d'avenir de Ghilas, celui-ci souhaite seulement avoir une voiture personnelle pour pouvoir se déplacer là ou il veut et éloigner les regards des autres.

On lui a proposé de terminer la séance par un dessin d'un bonhomme.

1.2.2. Analyse du dessin de Ghilas

Après avoir demandé a Ghilas s'il voulait bien dessiner, il a directement accepté.

Ghilas a commencé son bonhomme par la tête puis les yeux (deux points) le nez, le tronc la main gauche, le bras droit, la jambe gauche, il prend la gomme et efface le bras, puis il efface tout le personnage .Il recommence son dessin en reprenant le même ordre seulement sans dessiner les bras. Il termine par les cheveux, un bouton au buste, il n'utilise pas les couleurs.

Ghilas a dessiné son bonhomme très petit, dans le coin de la feuille. Un enfant sûr de soi n'hésitera pas à occuper le plein centre de la page alors qu'un enfant plus fragile se réfugiera dans le coin, on constate le sentiment de manque de soi et la fragilité de l'enfant. Le tracé de Ghilas est appuyé, les lignes sont ombragées. Les ratures et les gommages, le sentiment d'infériorité et de culpabilité .Le personnage de Ghilas est de face mais penché et non droit, il semble révéler une perte d'équilibre.

Le dessin de Ghilas est nu, sans environnement .Il forme un petit point dans le blanc de la feuille. L'enfant qui dessine un environnement dévoile

l'importance de ses assises due à la chaleur familiale et sociale. Son absence signifie, la précarité de l'entourage, le sentiment de solitude et de fragilité.

Les aspects de la morphologie et des rapports au corps

La tête est considérée par Ghilas comme le support de la face et du visage et donc de l'identification de soi même et de l'autre. On trouve ici le raisonnement binaire qui préside à la construction de son image propre. La tête se présente comme le lieu des organes de la communication directe.

La tête dessinée par Ghilas est ronde, et grosse par rapport au reste du corps. Les yeux sont représentés par deux points. Ils semblent signifier le refus de voir des choses désagréables.

Dessiner une tête, c'est se représenter soi même en fonction de ce qui est perçu comme identique ou différent de soi à travers le sujet représenté.

L'absence des bras et des mains montre aussi la rupture du contrat social et familial que régissaient la sécurité et la confiance.

Les signes révélateurs de la présence d'un trouble psychique chez Ghilas sont nombreux.

- Le gommage du dessin.
- L'absence des bras et des mains (membres essentiels).
- Taille du bonhomme (trop petit).
- La forme penchée du dessin.
- La dépression décelée par la taille et l'absence d'expression et l'absence d'environnement.

Conclusion de dessin du bonhomme de Ghilas :

Le dessin du bonhomme a dévoilé les symptômes traumatiques, chez Ghilas, penché, il a traduit la perte de l'équilibre affectif et l'attente de l'image de soi.

1.2.3. Synthèse de l'analyse des résultats de Ghilas

L'entretien avec la maman de Ghilas ainsi qu'avec lui, nous apporte une multitude d'informations concernant le traumatisme psychique qu'a présenté l'enfant par son image corporelle, et le regard porté sur lui, qui se résume principalement : le sentiment de manque de soi, honte, culpabilité et un sentiment d'infériorité, ainsi que l'agressivité.

1.3. Présentation et analyse des résultats du 3^{ème} Cas (Meriem)**1.3.1. Analyse des entretiens**

Meriem, une petite fille âgée de 12ans, atteinte d'une infirmité motrice cérébrale sous forme Hémiplégie côté droit, aînée d'une fratrie de trois enfants deux filles et un garçon. Meriem est scolarisée en 4^{ème} année élémentaire.

Lors de l'entretien avec la maman, celle-ci nous a fait savoir que c'était une grossesse désirée et que tout s'est déroulé dans des bonnes conditions avec un suivi médical jusqu'à terme. Mais le jour de l'accouchement elle a rencontré des complications. « Le jour de l'accouchement arrive, je me souviendrai, jusqu'à ma mort, c'était un accouchement difficile car l'enfant ne se présentait pas bien et c'était un gros bébé .je ne sais pas qu'a fait la sage-femme et les infirmières, car j'étais jeune et je ne sais rien ».

La maman de Meriem nous rapporte que quelques jours après, la fille n'arrête pas de pleurer .Après une visite chez un médecin spécialiste, celui-ci a diagnostiqué son handicap. « A ma sortie de l'hôpital, c'est ma belle-mère

qui s'occupait d'elle, et un jour, elle m'a dit que cette fille a quelque chose d'anormal et qu'il faut voir un médecin, elle pleure souvent. Après plusieurs visites, on nous a orienté vers un spécialiste, celui-ci nous a fait savoir qu'elle risque de perdre définitivement l'usage de sa main droite et de sa jambe. Depuis ce jour toutes nos économies sont gaspillées de docteur en docteur ».

« Je dis gaspillées car aucune amélioration n'est constatée et notre fille grandissait. A la longue nous avons perdu tout espoir et nous la considérant comme un enfant normal ».

Concernant le développement psychomoteur de Meriem, la maman nous déclare que la majorité des acquisitions n'ont pas été faites à temps telle que la position assise. Comme elle nous a révélé que vers 3ans et demi Meriem, ne peut s'asseoir sans l'aide d'une tierce personne et ce n'est que vers 3 ans qu'elle a prononcé le premier mot.

Elle dit « Entre 7ans et 8 ans ma petite fille s'isole, se retire dans une chambre et le pire à l'âge de 10ans, elle a complètement changé, je n'arrive pas à la comprendre, même à l'arrivée de ses sœurs et frère son comportement changeait de jour en jour, elle devient agressive et nous boude souvent, malgré toute la tendresse que nous lui donnions ».

Notre premier entretien se déroule le même jour que son rendez-vous à la rééducation. Le premier contact avec Meriem fût très difficile, avec l'accord des parents, nous lui avons posé quelques questions : auxquelles elle a répondu timidement et on sentait qu'elle est gênée.

« Oui, trohegh gher jama3, sana 4 primaire, papa eyitawin setonovil akken adleh9egh zik », « Oui, je vais à l'école et je suis en 4^{eme} année élémentaire, c'est mon papa qui me prend en voiture ».

Quand on a demandé pourquoi son père la prend en voiture, elle à répondu

« akken otelha9ghara en retard, tedough eslar9el », « pour ne pas arriver en retard, car je marche lentement ».

« les élève ni presque ola3benara didi, 9arniyid Quim dhagui moulache atghlit,même tagadniyi » ,« mes camarades de classe jouent rarement avec moi, me disent restes ici sinon tu vas tomber, ils ont peur de moi ».

D'après les dire de Meriem, que c'est à cause de son handicap qu'elle est marginalisée et qu'elle-même se sent incapable de rivaliser ses camardes de classe dans leurs jeux, qu'elle est incapable de se débrouiller toute seul comme le font les autres, son image influence sur elle.

Après un grand silence, elle me dit «des fois les élèves ni et9amarniyid...AMOU 3BANE », « des fois des élèves m'appellent AMOU 3IBANE ». Et elle éclate en sanglots .Tandis que j'essaie de la reconforter sa maman est venue à la rescousse.

Après l'avoir calmé et terminé sa séance de rééducation, nous nous sommes à nouveau dirigés vers elle en la reconfortant et nous lui avons posé quelques questions concernant son image et ça différence des autres enfants, ainsi ce qu'elle ressent de tout cela. Elle nous fixa du regard et après un long silence elle nous dit « athane thzaret , ma3liche anehves », « ta tout vu, en peux s'arrête » .

On constate que la petite Meriem a un regard négatif, et un sentiment de honte remarquable.

Nous avons noté la date du 2^{eme} rendez vous dans l'espoir d'avoir beaucoup d'informations sur la petite Meriem. Elle à répondu méchamment « dachou ethevghit daghen », « que ce que vous voulez encore ». Après un grand

silence elle dit « 9erih , khedmegh kouleche, evghigh adejigh, adla3begh, wad3awnegh maman deg wexxam », « C'est dur, je ferai tout, je veux guérir, jouer, courir, et aider maman à la maison ». Ce qu'on a remarqué, que notre présence la beaucoup stressé, et qu'elle fait l'accent sur la normalité.

Après avoirs demandé à Meriem, si elle voulait bien dessiner, elle à hésité, nous l'avons encouragé et elle accepte.

1.2.3. Analyse de dessin du bonhomme

Après avoir demandé à Meriem de dessiner un bonhomme celle-ci à hésité, nous l'avons encouragé et elle s'est prêtée au jeu.

Meriem a dessiné deux bonshommes. Elle a réalisé le premier dessin (A) en prenant le côté gauche de la feuille dans le sens de la largeur.

Meriem a commencé son bonhomme par la tête, les yeux, les cheveux, puis elle dessina le cou et le tronc, puis le bras droit et ensuite la gauche .La jambe gauche puis la jambe droit. Durant le dessin (A) elle à utilisé la gomme plusieurs fois.

-Bras gauche plus court que le côté droit.

-Jambe gauche plus mince que le côté droit.

En terminant son dessin, Meriem l'examina pendant un moment puis se mit à le gribouiller en nous disons « dhirith, dhirith ».Elle reprend la feuille dans un autre sens et se remet à dessiner un autre personnage tout en s'appliquant dessin (B).

Elle recommence son dessin en reprenant les mêmes ordres seulement elle à rajoute des sourcils.

Le tracé du dessin est appuyé et exprime la colère. Elle n'utilise pas les couleurs.

Les aspects de la morphologie et des rapports au corps

Meriem a dessiné un bonhomme, avec une tête ovale, qui présente l'identité.

La tête : la tête dessinée par Meriem ovale. « Dessiner une tête, c'est se représenter soi-même et fonction de ce qui est perçu comme identique ou différent de soi à travers le sujet représenté ». La tête se présente comme le lieu des organes de la communication directe et des principaux organes des sens.

Les oreilles : elle est absente, signifie un refus d'écouter, ce qu'on raconte sur lui, a propos de son image.

Le nez : il est absent .Généralement il symbolise la puissance phallique.

Le corps : « si l'intuition des grandes fonction vitales communes au monde animal (nutrition, sommeil, respiration, excrétion, reproduction, relation, etc.), se met en place assez tôt, la différenciation humain-animal peut se construire plus tardivement ».

L'enfant a alors besoin de s'approprier son propre corps par tous les moyens, y compris en le comparant à celui des autres. Il en détermine les éléments et les organes constants et connus à tous (p15).

Le vêtement : le personnage semble nu, présenté par les boutons. « Le vêtement présente plusieurs fonctions dont la plus importante reste la protection contre l'environnement.

On se protège également du regard des autres par l'habillement qui masque le corps ou ses différentes parties.

L'environnement autour du dessin est absent.

Le bonhomme de Meriem est sans couleur.

Meriem n'a pas dessiné l'environnement, c'est le vide total.

La joie est également absent du dessin, pas de couleurs, l'absence de couleur trahit la tristesse, la dépression, l'absence d'environnement révèle le sentiment de solitude.

Le tracé de Meriem est appuyé, il révèle une agressivité intense.

Le dessin présent par Meriem est plein de significations :

- Refusé de dessiner.
- Gommage et rature.
- L'environnement vide.
- Manque d'oreilles « ne veut pas entendre ce qui se dit autour d'elle ».
- Tristesse intense.

- **Conclusion du dessin de Meriem :**

Le dessin de Meriem nous a révélé un état triste. Le dessin reflétera ce que l'enfant s'autorise à voir ou à montrer au moment de sa réalisation. Meriem fait la différence entre le côté gauche et le côté droit, la partie gauche est plus petite, c'est la partie touchée.

1.3.3. Synthèse de l'analyse des résultats du Meriem

L'entretien effectuée avec la maman de Meriem ainsi qu'avec elle, nous arrivons à dire que la petite Meriem souffre d'un traumatisme psychique causé par son image corporel, le dessin se fait le témoin. Nous apporter une multitude d'informations concernant les symptomatologies :(tristesse intense, honte, agressivité, l'isolement).

1.4. Présentation et analyse des résultats de 4^{ème} cas (Akram)

1.4.1. Analyse des entretiens

Akram est un enfant âgé de 12ans, atteint d'une infirmité motrice cérébrale sous forme Hémiplégié coté droit, associée à de troubles du langage .Scolariser en 4^{ème} année primaire, il est le sixième et dernier enfant d'une fratrie de trois garçons et deux filles .Akram porte l'atèle pédieuse et l'atèle palmaire .Mais il est autonome.

Lors de l'entretien avec la maman d'akram, nous la renvoyons par nos questions à la période de la grossesse et l'accouchement .Elle nous a révélé que c'était une grossesse des plus banales non désirée. Ve qu'elle à déjà cinq enfants, même elle a eu des problèmes durant l'accouchement « c'était une grossesse des plus banales, je ne m'attendais pas du tout à avoir un accouchement difficile, je souffrais, j'ai failli perdre la vie grâce au savoir faire des sages-femmes, Akram est né et je doutais qu'il avait quelque chose qui n'allait pas, car le personnel allait et venait dans tous les sens et je ne comprenais pas ce qu'ils se disaient ». La maman a eu un accouchement difficile qui est suivi de complications.et une hospitalisation de vingt jours était nécessaire. Cela a permis au médecin de personnaliser le cas du nouveau-né et d'annoncer la mauvaise nouvelle aux parents : que le bébé aura un retard psychomoteur et qui demande un traitement et une rééducation.

Concernant le développement psychomoteur de l'Akram, la maman nous déclare que la majorité des acquisitions n'ont pas été faites à temps telle que la position assise, mais avec la rééducation du la situation du petit Akram s'amélioré, on quelques mois. Mais il a toujours besoin d'une assistance pour effectuer la plupart de ses besoins.

Elle ajoute « il déteste quand je dis à quelqu'un qu'il n'arrive pas à marcher tout seul ».

On a constaté aussi un changement du comportement de Akram d'après les dire de la maman « emmi youghal agressif surtout assma oskhedemghara achou eyevgha », « Mon fils est devenu agressif surtout quand on lui refuse ses caprices » Elle rajoute : « presque et9amay ohdes, surtout refusighas » , « Et dans la plupart des cas il s'isole quand il se sent ennuie ». « Surtout asmi yes3a 9ans youghal machi edwenna ekkel », « surtout a l'âge 9ans mon petit il a complètement changé».

A propos de sa relation avec sa fratrie, Akram n'est pas quelqu'un qui crée des liens facilement, il se sent gêné quand quelqu'un se montre très gentil avec lui, il préfère passer son temps seul à jouer même, il n'a pas confiance en son entourage.

Au premier contact, Akram a refusé catégoriquement de s'exprimer. Nous avons noté la date du 2^{eme} rendez vous dans l'espoir de le faire parler. Une semaine après, le petit Akram est de retour nous l'abordons affectueusement, malgré tout la tendresse et la gentillesse dont nous avons fait usage, celui-ci baissa les yeux et nous répondit d'une voix presque inaudible, après les encouragements de sa mère celui-ci a essayé de nous parler, mais avec beaucoup de difficultés, car la prononciation n'est pas au top : sa maman nous a beaucoup aidé car, elle seul le comprenait. Il nous à dit « trouhegh gher jama3, les élèves ni oyethibi-nara », « je vais à l'école, mes camarades ne m'aiment pas ».

Quand on a demandé pourquoi il croyait que ses camarade ne l'aimaient pas, il a répondu par « et9amarniyi estahzayen fely parce que ohederghara bien, et3awaden lahdayno », « se moquent de moi comme je ne prononce pas bien, ils répètent ce que j'ai dit ». Il rajoute « assma ad3elegh theyaa, t3ayarniyi FONTOMAS, othibighara kerhegh emaniw », « quand, je porte ça, (il nous montre l'atèle pédieuse et l'atèle palmaire) les petits enfants se sauvent et crient voila Fantômas et je n'aime pas les porter et en plus , ils me

font mal ».Sa maman intervient : c'est pour avoir des membres solides ,et l'aideraient aussi à corriger les défauts, et il lui répond : « evghighe ahnothegh ,ekkel , adefgheghe chikh ahnepinigh », « je veux tabasser mes camarades, je veux devenir maître d'école et les punir tous » .Nous avons remarqué qu'Akram est stressé se tâte les doigts ,il s'agit d'un regard triste et ses expressions se terminent par des pleurs .Nous voulons nous entretenir beaucoup plus avec lui, mais celui-ci refusa et nous laissa sur notre faim.

On a aussi ensuite proposé à Akram de dessiner, on doit préciser que tout au long de l'entretien Akram nous disait qu'il voulait arrêter l'entretien toujours avec l'aide de sa maman il accepte de dessiner mais rapidement.

Notre présence l'a beaucoup stressé, il se sentait mal dans sa peau et voulait en finir le plus vite possible. Il se mura dans un long silence puis, il change d'avis.

1.4.2. Analyse et interprétation du dessin d'Akram

L'épreuve a eu lieu juste après l'entretien .Au début la réaction de Akram a été négative, il refusa de dessiner, après les encouragements de sa mère, il prit les fournitures en main, et commença son dessin.

Les traits du dessin sont très prononcés, il appuie très fort sur le crayon noir, il commence par la tête, le cou et le buste. Il dessine ensuite les bras, les mains, et en dernier lieu les jambes.

Akram utilise sans arrêt la gomme, il efface les bras, puis les mains, les jambes, il les refait, il ne touche pas aux crayons de couleur.

Akram a dessiné son personnage, au bout de la feuille et légèrement à droite, la taille du bonhomme est trop petit .Un bonhomme petit est souvent le signe d'une rétraction de la personnalité, d'une immense crainte, d'une atteinte à l'image de soi et d'une perte de confiance en soi.

Le bonhomme d'Akram est sans couleur, il n'a utilisé que le crayon noir pour le dessiner. Le noir revêt une symbolique particulière, il révèle l'anxiété la culpabilité, il est en rapport avec la nuit, l'hiver.

Le tracé du dessin d'Akram est appuyé, il est le signe d'une agressivité.

Akram a donné à son personnage le même âge que le sien.

Le sexe : le personnage est de sexe masculin apparent dans le dessin est confirmé par Akram « c'est moi ».

Les bras attaché à la place correcte, mais la forme qu'il a donne pour le bras droit est différente à cause de l'atèle palmaire.

La douceur et la bonté semblent absentes dans le dessin d'Akram.

L'absence d'oreilles : elles sont également absentes. Leur absence chez Akram signifie un refus d'écouter, ce qu'on raconte sur lui, à propos de son image corporelle et ces capacités.

Les vêtements : le personnage semble nu, le seul signe révélateur d'un port de vêtement ce sont les boutons du buste. On se protège également du regard des autres par l'habillement qui masque le corps ou ses différentes parties.

Le dessin reflétera ce que l'enfant s'autorise à voir ou à moment de sa réalisation, les représente par une protection du corps, les vêtements sont le siège de l'affectivité.

Au ce dessin, on constate l'absence totale de la joie et d'une quelconque expression de symboles heureuse tels que sourire, soleil et fleurs.

Akram a refusé de dessiner le bonhomme que je lui avais proposé. Le personnage dessiné présente plusieurs anomalies telles que le gommage.

Le dessin présente par Akram est plein de significations :

- Isolement du personnage « au bout de la page ».
 - Manque d'oreilles « ne veut pas entendre ce qui se dit autour de lui ».
 - Atèles aux membres touchés « coté droit « partie qu'il n'aime pas voir.
 - Aucune expression du visage « sourire ».
 - Environnement absent d'où la solitude de la personne et sa mise à l'écart.
-
- **Conclusion du dessin :**

Akram a refusé catégoriquement de dessiner un personnage. Nous avons beau insisté, il refus. Le refus de dessin est classé parmi les pathologies décelées dans le dessin d'une personne. Akram semble avoir de grave problèmes des ses rapports avec son corps, son schéma corporel et son image.

1.4.3. Synthèse de l'analyse des résultats d'Akram

A prés l'analyse de l'entretien clinique et dessin du bonhomme, nous arrivons à dire que Akram souffre d'un traumatisme psychique causé par son image corporelle, car le corps touché dans son aspect extérieur est souvent objet de honte. Le regard des autres avait un impact négatif sur sa personnalité. Il se sentait mal à l'aise devant une personne valide. Le dessin se fait le témoin de la traumatisation psychique de l'enfant par son image corporelle. (Le refus de dessiner, le gommage, le tracé appuyé, et l'isolement) signifient un traumatisme psychique.

2. Discussion d'hypothèse

L'objectif principal de notre recherche est de décrire l'impact de l'image corporel sur le psychisme d'un enfant (IMC).

Afin de réussir et atteindre cet objectif, on s'est entretenu avec 4cas d'enfants ainsi que leurs mères, des enfants qui présentent un handicap moteur type (Infirmité Motrice Cérébral), de cause différents et sans retard mental associée.

Pour pouvoir cerner notre hypothèse, nous nous sommes appuyés sur deux outils d'investigation très souvent utilisés dans la recherche en psychologie clinique, à savoir l'entretien clinique semi directif et l'épreuve dessin du bonhomme.

Notre entretien contient deux parties, la première partie destinée à la mère, et l'autre à l'enfant, suivie d'un dessin du bonhomme.

On constate donc que notre hypothèse « l'impacte d'image corporel d'un enfant (IMC) de 6 à12 ans », se trouve confirmée avec tous les cas.

A travers notre recherche sur les quatre cas, nous avons distingué l'importance du l'image corporel d'un enfant (IMC) âgé de 6à12ans, sur sa psyché, car le corps est une représentation mental, un objet investi par la libido et un moyen de communiquer avec l'autre. C'est un élément de la réalité qui fait partie de soi, un lieu de délimitation entre le dedans et le dehors. Certaines parties du corps peuvent être fétichisées, cachées ou au contraire exhibées. Le corps peut être pour le sujet et ses proches un objet d'amour ou de haine, lieu et moyen de mises en scène de leur vie intra psychique et des liens qui les unissent. Si la peau constitue une frontière visible et matérielle, psychiquement, la limite entre soi et l'autre et plus

floue : elle se construit et se déconstruit dans le cadre des liens aux autres (*H.Romano, 2011, p.33*).

Aussi le corps touché dans son aspect extérieur est souvent objet de honte pour l'enfant qui se sent humilié, méprisé, rejeté par les autres, et qui s'isoler, se refermer ou réagir par une agressivité. L'isolement, tristesse, la honte et le sentiment d'infériorité et de culpabilité peuvent être des symptômes du traumatisme.

Comme le dit Joussetne (2005) « la maladie de l'enfant réactive les blessures passées non cicatrisées et peut hormis l'attaque du corps de l'enfant, attaque sa psyché » (*L.Bissouma, 2005, p.64*).

Pendant les résultats de n'importe qu'elle recherche scientifiques restent relatifs, car l'étude n'est pas effectuée sur tous les enfants handicapés moteurs (IMC).

Conclusion du chapitre

L'analyse des entretiens effectués avec les enfants et leurs mamans ,ainsi que l'interprétation des dessins des enfants, nous ont permis de bien déceler l'impact de l'image corporelle et le regard d'autrui sur le psychisme d'un enfant , qui peuvent engendrer des troubles psychiques telle que le trauma. Et ainsi, vérifier notre hypothèse.

Conclusion

Conclusion

Conclusion

L'entourage et l'âge d'un enfant jouent un rôle important dans son niveau de développement affectif ainsi que dans sa scolarité et sa sociabilité.

Les enfants infirmités moteurs cérébraux (IMC) ont droit à la vie comme tous les enfants normaux. Ils aiment, et, ils ont besoins d'être aimés par des parents stables et responsables car ils courent un risque important de présenter une condition physique, chronique et, d'importantes perturbations émotionnelles du développement.

En Algérie, l'handicapé est marginalisé, il ne bénéficie d'aucune prise en charge psychologique.

De ces faits, l'ouverture de centres et établissements spécialisés pour enfant IMC est primordiale. Comme il faut aussi sensibiliser les parents pour la création de mieux comprendre l'enfant handicapé et lui assurer une prise en charge convenable.

Tout ce travail n'est qu'une modeste recherche. Un travail de longue haleine et de recherches pénibles doivent être programmés afin de cerner tous les maux et arriver à une bonne prise en charge des enfants (IMC). Nous souhaitons une continuation approfondie dans ce domaine pour que l'handicapé moteur (IMC) est ses parents vivent dans la sérénité et non dans l'obscurité.

Pour conclure ce modeste travail, il faut souligner que l'objectif de notre étude n'est pas de généraliser les résultats, puisque ces résultats ne sont pas absolus. Les enfants de l'étude ont chacun un vécu exceptionnel distinct de celui des autres.

*La liste
bibliographique*

Ouvrages

1. Ajuriaguerra .D &Mercredi. D. (1962). « Psychopathologie de l'enfant ».2^e édition Mosson, Paris
2. Anzieu. D &Chabert. C. (1961). « Les méthodes projectives », Paris, édition quadrige, puf.
3. Anzieu. D. (1985). « Le moi peau », Paris, édition Dunod.
4. Baudier. A&Céleste .B . (2010). « Le développement affectif et social du jeune enfant », 3^{eme} édition, Armand colin, Paris.
5. Benony.H&Chahraoui. KH. (2013). « L'entretien clinique », Paris : DunodGrocq.
6. Bénony. H &Chahraoui. KH. (1999). « L'entretien clinique », Paris, PUF.
7. Bernard.P. (1977). « Sémiologie psychiatrie », Paris, Edition Bréale.
8. Blanchet .A. (1992). « L'enquête et ses méthodes l'entretien », Paris, Nathan.
9. Braconier. A. (2006). « Introduction à la psychologie », Paris, édition Masson.
10. Chevance, J.P. (2007). « Existence et infirmité motrice cérébrale »AFP Ecoute Infous, 21.1-11.
11. Crocq, L. (2007). « Traumatismes psychiques : pris en charge psychologique des victimes », Paris : ELSEVIER MASSON.
12. Daligan.L. (2009). « Le psycho trauma de l'enfant ». Paris, Dunod.
13. Dolto. F. (1984). « L'image inconsciente du corps », Paris, édition du seuil.

Liste bibliographique

14. Finnie (N.R). (1996). « Abrégé de l'éducation de l'enfant IMC », édition Masson.
15. Freud. S. (1905). « Trois essais sur la théorie de la sexualité », Paris, 3^{ème} édition Gallimard, 1987.
16. Gueniche .K. (2007). « La psychopathologie de l'enfant », Ed Armand colin, Paris.
17. Guidetti (M) &Tourrette. (C). (2014). « Handicaps et développement psychologique de l'enfant », Paris, 3^{ème} édition.
18. Guidetti (M) &Tourrette. (C). (1999). « Handicaps et développement psychologique de l'enfant », Paris, 2^{ème} édition.
19. Guidetti .M &Tourette. C. (2014). « Handicap et développement psychologique de l'enfant »,3^e Ed, Armand colin, Paris.
20. Grawits.M. (2000). « Lexique des sciences sociales »,7^{ème} édition, Dalloz, Paris.
21. INSERM. (2004). « Déficiences et handicaps d'origine périnatale », éditions INSERM.
22. Jeammet. N. (2006). « Clinique de l'enfant in psychologie clinique et approche psychanalytique ».Paris.Dunod.
23. Lacon. J. (1994). « La relation d'objet », Paris, édition Seuil.
24. Lebogot.F. (2005). « Le traumatisme psychique, clinique et prise en charge », Paris, Dunod.
25. Mareau, C &Vanek. A. (2004). « L'indispensable en psychologie », France, édition Studyrama.
26. Nasio. J.D. (2007). « Mon corps et ses images », Paris, édition Payot.

27. Olliac, B. (2012). « Spécificités du psycho traumatisme chez l'enfant et l'adolescent ». Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 60(5), 307-314.
28. OMS, (2011). « CIF, classification internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé ».
29. Poullain, F. (2001). « Guide pratique, infirmité motrice cérébrale (IMC) ». Association des paralysés de France.
30. Romano, H (2011). « La maladie et le handicap à hauteur d'enfant ». Paris : Faubert.
31. Seprando, J. C. (1983). « L'ergonomie du travail mental », Paris 2^{ème} Edition Masson.
32. Stravrou, L. (1997). « Etude de l'image du corps chez les sujets ayant un handicap moteur dans l'épreuve projective du Rorschach », vol 4, N°16.
33. Vanier, A. (2005). « Elément d'introduction à la psychanalyse », Paris, édition Armand Colin.
34. Wallon, H. (1987). « Les origines du caractère chez l'enfant », Paris, Puf.

Les dictionnaires

35. Bloch, H. (2005), « Dictionnaire fondamental de la psychologie », Bordos: Ed Larousse.
36. Bloch, H. & Chemam, R. & al. (2003). « Grand dictionnaire de la psychologie ». Montréal : Larousse.

37. Laplanche, Pontalis.J. B. (1967) « Vocabulaire de la psychanalyse ». Paris, presses, Universitaires de France.

38. Sillamy. N. (2003) « Dictionnaire de psychologie », Larousse, VUEF.

Thèses

39. Boucheloukh Mahfoud, (2008/2009), « Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs : cas hémiplégique et infirmes moteur cérébraux », thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, Université de Constantine.

40. Loukia.H, (2008), « Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs :cas hémiplégique et infirmes moteur cérébraux », thèse de doctorat d'état en psychologie clinique , Université de Constantine.

Sites internet

41. Alain Navarro, dessin du bonhomme, « Rééducation en réseau d'aides Spécialisées aux Elèves en difficultés ». <http://www.ac-amiens.fr/amiens5-page1 sur25>.

42. Paquis,C. (2008) « L'image inconsciente du corps »Françoise DOLTO. [http : www.psychanalyse.com / pdf //image-image inconsciente du corps.pdf](http://www.psychanalyse.com/pdf//image-image%20inconsciente%20du%20corps.pdf).

43. [http : //www.algerie360.com](http://www.algerie360.com). (Consulté le 08/03/2017 à 21:45 h).

Annexes

Annexe N°1 :
Guide d'entretien

Annexe1 : *Le guide d'entretien*

1/ Entretien avec la maman

Donnée personnelles :

- Comment vous vous appelez ?
- Quel âge avez-vous ?

Axe1 : grossesse et accouchement

- S'agit-il d'une grossesse programmée?
- Comment s'est déroulée votre grossesse ?
- Avez-vous rencontré des problèmes durant cette période ?les quelle ?
- preniez-vous un traitement ?
- comment s'est déroulé votre accouchement ?
- quel était l'état de votre enfant à ce moment-là ?
- Existe – il des antécédents d'une déficience dans votre famille ?

Axe2 : information concernant l'enfant

- Savez-vous de quoi souffre votre enfant ?
- quel est le degré de son handicap?
- A quel moment avez –vous été informé de le handicap de votre enfant ? par qui ? comment a été votre réaction ?
- Est-il scolarisé dans un établissement « ordinaire »ou dans un établissement spécialisé (institut –médico –éducatif .foyer d'hébergement, ou autres ?
- A-t-il une prise en charge particulière ?
- A-t-il des amis ?
- Comment vous pouvez nous décrire ses comportements avec ses amis, et ses frères et sœurs ?
- Quand est ce que votre enfant a commencé à prononcer le premier mot ?

- Est-ce que vous parlez à votre enfant de sa situation ? si oui, comment vous le faite ? que ce qu'il vous répond ?
- Lui arrive-t-il d'avoir des moments de colère, d'angoisse ? Si oui comment vous réagissez face à cela ?
- Comment est son sommeil ?
- Est-ce qu'il s'isole ?

Axe3 : le regard d'avenir

- Comment voyez-vous votre avenir ?
- Avez-vous des projets ? Si oui, les quels ?

2/Entretien avec l'enfant

Renseignement personnelle

- Prénom :
- Age :
- Sexe :
- Nombre de la fratrie :
- Position dans la fratrie :

Axe1 : sociabilité

- Est-ce que tu pars à l'école ?
- Est-ce que tu penses que ton enseignant(e) t'aime ?
- As-tu des amis ? si oui est-ce que tu t'amuses avec eux ? comment ?
- Comment sont tes frères avec toi ?
- Est-ce qu'ils jouent avec toi ou pas ? si oui est-ce que c'est toi qui leurs demande ça ou ils viennent seuls ?

Axe2 : Handicap

- Lorsque tu te regardes dans un miroir est-ce que tu te plais ?qu'est-ce que tu ressens ?
- Est-ce que tu te sens différent des autres enfants ? Comment ?
- Est-ce que le regard de l'autre te gêne ?
(Veux-tu me parler de ton handicap)

Axe3 : Le regard d'avenir

- Comment envisagez-vous l'avenir ?
- Que souhaitez-vous ?

Annexe2

Les productions

graphiques des 4 cas

1. Dessin d'Amina



2. Dessin de Ghilas



3. Dessin de Meriem



4. Dessin d'Akram

AKRAM "Jeans"

الأكرام



Résumé :

Cette étude porte sur « l'image corporel d'un enfants handicapé (IMC) de 6 à 12 ans ». En effet, notre recherche a eu pour objectif de d'écrire l'impacte d'mage du corps sur sa personnalité.

A fin de réaliser cette recherche, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi directif et le dessin du bonhomme.

Les résultats obtenus montrent que l'image corporelle d'un enfant (IMC) elle a un impacte négatif sur sa personnalité.

Mots clés : enfant ; handicap moteur(IMC) ; Image du corps ; entretien clinique, dessin du bonhomme.