

Université Abderrahmane Mira Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention de diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème :

***L'image du corps chez les personnes en situation d'infirmité
motrice cérébrale (IMC).***

Etude clinique de quatre (04) cas

Réalisé par :

BENSTITI Zineb.

CHIKH Meriem.

Promoteur :

Mr AMRANE Lakhdar

Année universitaire : 2021/2022

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier le bon Dieu de nous avoir accordé santé et volonté pour accomplir ce travail.

Nous exprimons notre profonde gratitude à notre promoteur ***Mr AMRANE L*** d'avoir accepté d'encadrer notre travail, il était patient avec nous jusqu'au bout, nous le remercions pour la qualité de ses conseils qui nous ont été chers, et d'avoir partagé ses connaissances et son expérience afin d'établir ce travail.

Nos vifs remerciements également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre mémoire en acceptant d'examiner notre travail.

Nous présentons nos sincères remerciements à tout le personnel du centre des inadaptés mentaux pour leur accueil bienveillant ainsi qu'aux personnes ayant participé à cette recherche.

Nous tenons à exprimer notre gratitude et sincères remerciements à nos enseignants et à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cet humble travail.

Dédicace :

Je dédie cet humble travail à toutes les personnes qui m'ont soutenue
et qui m'ont aidée à le réaliser.

Meriem

Dédicaces

*Avec amour et beaucoup de respect, je dédie ce travail à mes
très chers parents.*

*Les encouragements de ma mère durant ma carrière
universitaire, mon père et sa bienveillance m'ont été d'une
aide précieuse.*

*Je n'ai pas les mots pour vous exprimer mon amour, que dieu
vous bénisse.*

À mes deux frères Raouf et Akram.

À ma cousine préférée Lylia.

A ma très chère amie Hanna.

*Je remercie tous ceux qui ont apporté une contribution de
près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.*

Zineb

Table de matière

Liste des tableaux	
Introduction générale	
Le cadre général de la problématique	
1- Problématique	4
2- Hypothèses	7
3- Définition et opérationnalisation des concepts	8
4- Les études antérieures	9

Partie théorique :

Chapitre I : infirmité motrice cérébrale

Préambule.....	14
1- Handicap	14
1-1 Définition de handicap	14
1-2 Type de handicap.....	15
2 Définition de l'IMC.....	16
3 Topographie de l'IMC.....	17
4 Etiologie de l'IMC.....	18
5 Les troubles associés à l'IMC.....	19
6 Le développement moteur	21
7 La structuration du schéma corporel	21
8 Le traitement de l'IMC.....	21
Synthèse	23

Chapitre II : image du corps

Préambule.....	25
1- Concepts liés à l'image du corps	25
1-1 Corps	25
1-2 Le corps imaginaire	25
1-3 Le corps symbolique	26

1-4 Le corps réel.....	26
1-5 L'image inconsciente du corps.....	27
1-6 L'image du corps et représentation de soi.....	27
1-7 l'image du corps et l'image de soi	27
1-8 les membres fantômes	28
2- Définition de l'image du corps et concepts analogiques.....	29
2-1 Schéma corporel	29
2-2 l'image du corps	30
3- Construction de l'image du corps	34
4- Fonctionnement/ développement de l'image du corps chez l'adolescent.....	39
5- Privilège de l'image	40
Synthèse	41

Partie pratique :

Chapitre III : méthodologie de la recherche

Préambule.....	43
1- La méthode de la recherche.....	43
1-1 La méthode clinique	43
1-2 L'étude de cas.....	44
2- La pré-enquête.....	44
2-1 Le déroulement de la pré-enquête	44
3- Présentation du lieu de stage	45
4- Le groupe de la recherche	46
4-1 Critères de sélection	46
4 1-1 Critères d'inclusion.....	46
4-1-2 Critères d'exclusion.....	47
4-2 Les caractéristiques du groupe	47
5- Les outils de la recherche.....	48
5-1 L'entretien clinique	48
5-1-1 L'entretien semi directif.....	48
5-1-2 Guide de l'entretien	49
6- Le Rorschach	50

6-1 Définitions	50
6-2 Les facteurs du Rorschach.....	52
6-3 Le psychodrame	53
7- Le déroulement de la recherche	54
8- Les difficultés rencontrées	54

Chapitre IV : présentation et analyse des résultats

Préambule.....	57
1- Présentation et résumé de l'entretien du cas n01	57
2- Présentation et résumé de l'entretien du cas n02	65
3- Présentation et résumé de l'entretien du cas n03	72
4- Présentation et résumé de l'entretien du cas n04	78
5- L'image du corps au Rorschach.....	83
6- Analyse générale des cas	84
Discussion des hypothèses	87

Conclusion générale

Liste bibliographique

Annexes

Liste des tableaux :

Numéro	Titre du tableau	Page
01	Caractéristiques du groupe de la recherche.	47
02	Protocole rorschach du 1 ^{er} cas.	60
03	Résultats quantitatifs.	63
04	Protocole rorschach du 2 ^{eme} cas.	67
05	Résultats quantitatifs.	70
06	Protocole rorschach du 3 ^{eme} cas.	74
07	Résultats quantitatifs.	76
08	Protocole rorschach du 4 ^{eme} cas.	79
09	Résultats quantitatifs.	81

Introduction générale

Le corps est un miroir qui reflète la qualité morale de l'être humain. C'est un objet matériel qui s'inscrit dans le passé, le devenir et dans le paraître. C'est un moyen de mettre en scène les pensées et les ressentis intrapsychiques que l'âme puisse apporter.

Ces deux derniers ne sont que deux façades symétriques ne pouvant exister l'une sans l'autre. Chacune rapporte des modalités à l'autre, car, avant tout, le corps n'en est qu'une enveloppe de l'âme, mais nul ne sait ce que peut le corps.

Cependant, la maladie entrave le corps et l'empêche de mener un développement serein, et celle-ci ne perdure pas qu'une douleur de chair, mais suscite l'âme à rapporter des modifications dans ses impressions mentales.

Le handicap en est un exemple admissible à ce qui a été dit, car les personnes touchées sont dans un état constant de façonnage des représentations mentales et subjectives.

Vers l'âge adulte (18-35ans), plusieurs transformations et changement surviennent sur le plan physique et psychique de la personne. Concernant le développement physique, la personne est dans ces fonctions optimales dans tous les domaines : santé, fertilité et excellente performance athlétique. Mais cela n'est pas le cas pour les personnes à besoin spécifique, c'est-à-dire, les personnes atteintes d'une infirmité motrice cérébrale (IMC).

Cette maladie les empêche de mener une vie comme les autres personnes de leurs âges. Celle-ci les mène à une éventuelle comparaison concernant leur autonomie et la validité de leurs corps vis-à-vis des autres.

Ces modifications peuvent toucher plusieurs aspects de la personnalité de ces personnes en situation d'handicap, à titre d'exemple, leur image du corps, car ce dernier est souvent perçu comme défaillant et non estimé par les autres. C'est pour cela qu'une prise en charge psychologique est nécessaire pour atténuer ce mal-être et positiver son image de soi.

A cet effet, nous avons réalisé notre recherche sur : « L'image du corps chez les personnes atteintes d'IMC (18 ans et plus) » dans le but de déterminer l'impact de l'IMC sur la perception de l'image corporelle des sujets touchés.

Pour bien justifier cette recherche, nous avons choisi un terrain d'étude qui s'agit d'un établissement pour personnes à besoin spécifique, pareillement un plan qui va nous servir de pilier pour justifier les propos que nous avons constaté lors de notre stage.

De ce fait, la présente recherche est partagée en deux parties :

La partie théorique comporte 2 chapitres, le premier s'intéresse à l'infirmité motrice cérébrale, le deuxième aborde l'image du corps.

La partie pratique comprend deux autres chapitres, le premier inclut la description de la méthode utilisée, ainsi qu'aux outils d'investigation, le second représente l'analyse, discussion et interprétation des résultats de la recherche.

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses

1- Problématique :

L'être humain a été créé et favorisé de toutes les autres créatures, il a la capacité de trancher entre le bon et le mal, la décision, jugement et créativité, tout en ayant le privilège de la liberté.

Malgré ces dons, l'être humain reste soumis à la volonté divine et ceci à travers le contrôle divin de la vie et la mort, du destin, ainsi qu'à la nature physique de sa créature.

Certaines personnes se différencient physiquement des autres, ceci pourrait paraître dans la mesure d'une bonne différence individuelle, cependant, certains cas ne le sont pas, car ces derniers peuvent présenter des altérations en effectuant certaines tâches quotidiennes, à titre d'exemple mettre ses habilles, boutonner sa blouse, ou même manger. Ceci est qualifié d'un handicap, pouvant être sensorielle, moteur ou cognitif qui pourrait par la suite provoquer des modifications dans la qualité de vie individuelle ou familiale.

Selon l'organisation mondiale de la santé, le handicap comprend toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises.

Le handicap comporte plusieurs types ; mental qui se traduit par des déficiences intellectuelles, physique tel que les handicaps sensoriels ou moteurs. (RASSE A, 2010, p15-16)

Selon le rapport mondial sur le handicap établi par l'OMS et la banque mondiale, des statistiques ont été présentées qui démontrent que plus d'un milliard de personnes dans le monde entier en est en souffrance de ce dernier, soit 15% de la population entière, un chiffre qui ne cesse d'augmenter.

En Algérie, il a été estimé que près de 2 millions de personnes souffrent d'un handicap, statistiques établies en 2010, en nous laissant croire qu'en 2022 les chiffres ont également augmenté. (NAWEL D, 2010)

Parmi les différents types de handicap, nous retrouvons les inadaptés moteurs qui prennent le trophée et sont considérés étant le type le plus répandu, y compris l'infirmité motrice cérébrale qui sera le sujet sur lequel cette recherche sera focalisée et centrée.

Problématique et hypothèses

L'infirmité motrice cérébrale correspond à une déficience motrice prédominante et non évolutive qui est due à une lésion cérébrale, accompagné d'une déficience intellectuelle plus ou moins distingué. (RASSE A, 2010, P19)

Elle est due à des malformations cérébrales survenant avant la naissance lorsque le cerveau est en train de se développer ou à une lésion cérébrale survenant avant, pendant ou peu après la naissance. L'infirmité motrice cérébrale affecte 1 à 2 enfants sur 1 000 et affecte particulièrement 15 nourrissons prématurés sur 100 d'un très faible poids à la naissance. (CRISTINA VICTORIO M, 2021)

L'IMC peut se présenter sous différentes formes de paralysies comme la monoplégie qui signifie l'atteinte d'un seul membre pouvant être supérieur ou inférieur. L'hémiplégie qui est la forme qui représente 10% des IMC et qui se caractérise par une paralysie partielle, c'est-à-dire un seul côté du corps entier qui est atteint. Nous retrouvons aussi la forme rare qui est celle de la paraplégie qui touche les deux membres inférieurs. Il existe aussi le syndrome de little ou bien la diplégie qui touche le plus sévèrement les membres postérieurs. Aussi, tout le corps est touché, puis la triplégie qui touche tout le corps mais prédomine 2 membres postérieurs et un seul membre supérieur. Enfin, nous trouvons la tétraplégie qui est la plus complexe car elle touche l'ensemble du corps. (RASSE A, 2010, P21).

Cependant, l'IMC peut être associée à des autres troubles variés et complexes, comme les problèmes digestifs, visuels, auditifs, mais aussi psychologiques.

Si nous parlons des conséquences psychologiques, nous devons aborder que celles-ci ne touchent pas seulement la personne handicapée, mais aussi sa famille et surtout ses parents qui sont confrontés à un travail de deuil après la destruction de leurs projections imaginaires de l'enfant idéal. Par ailleurs, il existe des conséquences psychologiques de la personne handicapée elle-même, qui se traduisent par des difficultés sociales comme l'altération du lien social qui est accentué par le handicap en créant une distance relationnelle avec l'autre.

En effet, supporter le regard de l'autre peut être difficile et induira une discrimination et un isolement qui peuvent s'installer par la suite avec des répercussions sur l'entourage proche (famille, amis.).

Nous retrouvons d'autres difficultés telles que l'altération de l'identité psychologique. Etre reconnu dans le regard de l'autre en tant qu'individu et non par sa situation de handicap est un élément d'intégration important ainsi que l'inverse peut fragiliser son intégrité

Problématique et hypothèses

psychologique. Finalement, nous retrouvons aussi des difficultés corporelles à cause des limites imposées par ce handicap qui est complexe pour la personne paralysée cérébrale, car il a un impact sur la construction de l'image du corps, la vie affective et sexuelle.

Il aura à vivre « avec » mais aussi « contre » son corps. Le corps n'appartient plus au principe de plaisir mais est contraint et aussi, souvent, souffrance en raison des douleurs, des regards portés sur lui, des limitations et des déformations.

La personne handicapée moteur, enfin, est confronté à un corps persécuteur. Ce corps réclame tous les soins (des opérations, rééducations et appareillages divers) qui renforcent le sentiment de ne pas être dans la norme. Il en résulte une difficulté pour se construire une image positive de soi-même et va rencontrer des difficultés particulières dans cette expérience singulière qu'est la construction du sujet.

Il va d'abord être confronté à une altération dans les premiers processus d'identification primaire qui s'agit du processus psychologique par lequel le sujet se construit sur le modèle de l'autre. (CHAMPONNOIS C, 2002, P1)

Donc la personne handicapée va se focaliser sur une réflexion toute particulière qui va être menée sur la construction du Moi corporel. (JEANNEROD M, 2010)

Selon SCHILDER, l'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. (MORIN C, THIBIERGE S, 2017, P419)

Selon DOLTO, l'image du corps est liée au sujet et à son histoire. S'élaborant dès les temps premiers de l'existence, elle est la synthèse vivante de ses expériences émotionnelles. Elle se structure par la communication entre les sujets et se réfère donc à un imaginaire inter subjectif marqué d'emblée chez l'humain par la dimension symbolique. « L'image du corps est l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. » (PAQUIS C, 2008, P2)

En 1939, Jean Lhermitte publie L'image de notre corps. « Chacun de nous possède », écrit-il, « effleurant au seuil de sa conscience, une image, un schéma tridimensionnel de son corps ; c'est grâce à l'existence de cette image de notre corps qu'il nous est possible de sentir, de percevoir, enfin de développer notre action sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure ». Il rappelle, à partir des travaux de Wallon, que la connaissance de la forme du corps n'est pas innée mais acquise. (MORIN C, THIBIERGE S, 2017, P419)

Problématique et hypothèses

En 1985, D. Anzieu donne une autre conception de l'image du corps : « le moi-peau, il le définit comme « une figuration dont, le moi de l'enfant se sert au cours de 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 ». Cet auteur a mis l'accent sur la peau comme une fonction importante dans la formation de l'image du corps.

L'image du corps est liée à une continuité temporelle parce qu'elle est faite d'intégrations successives en fonction de l'activité et du vécu. SANGLADE fait remarquer que cette continuité temporelle peut aussi entraîner diverses pathologies mentales. Lorsque d'importantes modifications corporelles interviennent chez un individu, l'image du corps doit aussi se transformer et la résistance au changement, le besoin de maintenir la permanence de l'image, l'incapacité à élaborer une nouvelle image de soi correspondant à ses désirs entraînant une inadéquation entre le soi imaginé et le soi réel.

Donc, nous pouvons dire que quand le corps est atteint d'une incapacité, l'être humain risque de développer une image du corps déformé, fragile qui peut être perturbée et modifiée ce qui engendrera par la suite un sentiment d'insécurité, et une blessure narcissique.

Nous pouvons dire aussi que l'image du corps occupe une place primordiale dans la personnalité de personnes inadaptées. De ce fait, notre recherche tourne autour de l'impact du handicap sur l'image du corps.

Pour effectuer cette recherche, nous allons nous inscrire dans la perspective psychanalytique car c'est la théorie majoritaire qui s'est approfondie dans les recherches de notre thème principal.

Pour conclure, le but de notre recherche est de pouvoir répondre aux questions suivantes :

Question générale :

- Comment les personnes atteintes d'IMC perçoivent leur corps ?

Question partielle :

- Quelle est la qualité de l'image du corps chez les personnes avec IMC ?

2- Hypothèse générale :

- Les personnes avec IMC ont une perception négative sur leur propre corps.

2-1 Hypothèse partielle :

- L'IMC perturbe l'image du corps et modifie ses représentations.

3- Opérationnalisation des concepts :

Infirmité motrice cérébrale : Le terme d'INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE « I.M.C. » a été introduit dans les années 1955 par le neurologue Guy TARDIEU qui l'a défini comme une : « Conséquence d'une lésion pré, péri ou postnatale précoce, pouvant s'accompagner d'atteinte sensorielle et d'atteinte partielle des fonctions supérieures à l'exception d'une déficience intellectuelle » (GASMI S, 2015,16)

L'image du corps : est la représentation imaginaire de notre corps tout entier dans notre esprit. Elle comprend le schéma corporel ainsi qu'à la connaissance de la situation de notre corps et ses différentes parties, en intégrant le versant affectif, libidinal, narcissique et psychosocial. (DESCOMPS M-A, 1986, P48)

L'image du corps chez les personnes avec IMC.

⇓
Variable dépendante

⇓
Variable indépendante

Image du corps :

- C'est la perception qu'a une personne atteinte d'IMC sur son propre corps.
- Attitude d'une personne vis-à-vis de son propre corps et son apparence.
- Représentation mentale d'une personne sur soi.
- Les représentations qu'a une personne sur ce que les autres pensent d'elle.

Infirmité motrice cérébrale :

- Etat pathologique lié à des séquelles d'une lésion cérébrale, pouvant être anté, péri, post-natale.
- Difficulté dans le contrôle des mouvements.
- Trouble de langage.
- Altération de la posture.
- Avec ou sans déficience intellectuelle.

4- Les études antérieures :

Afin d'enrichir le contenu de notre recherche, et voir l'impact de le handicap ou des maladies somatique sur les représentations corporelle des sujets atteints, nous avons essayé d'illustrer quelques études antérieurs qui ont visé ce thème :

Etude 01 :

BOUHAMAR Dalila 2018, en vue d'obtention d'un master en psychologie clinique à l'université Abderrahmane Mira, Bejaia.

Cette étude s'intitule « **image du corps chez les enfants handicapés IMC de 06 à 12ans** », elle porte à connaitre si l'image corporel d'un enfant avec IMC pourrait engendrer un impact sur sa personnalité.

L'étude a été effectuée au sein d'un cabinet de rééducation à AKBOU, Bejaia, la chercheuse s'est appuyé sur la méthode clinique et la description des cas sur 04 personnes sélectionnées, des deux sexes, qui ont accepté d'être mis à l'épreuve d'un entretien semidirectif, qui s'est répartie en 2 parties ; la première destinée aux parents, la deuxième avec l'enfant, ainsi qu'au dessin du bonhomme.

Les résultats de la recherche ont montré que l'IMC apporte un impact négatif sur la personnalité des enfants atteints, car ces derniers considèrent le corps comme un moyen de communication avec autrui et représente un élément de la réalité qui fait partie de soi.

La chercheuse affirme que le corps touché dans son aspect extérieur est souvent objet de honte pour l'enfant et lui induira le sentiment d'humiliation, méprise, rejet par les autres, et qui l'inciteront à s'isoler, se refermer ou réagir par une agressivité, alors que tous ces symptômes ne sont que des signes d'un trouble majeur qu'est le traumatisme.

Etude 02 :

Lambros Stavrou et Dimitris Sarris 1997 : « **Etude de l'image du corps chez les sujets ayant un handicap moteur dans l'épreuve projective du Rorschach** », à Laboratoire d'Education Spéciale et Curative à l'Université de Ioannina en Grèce.

L'étude s'est focalisée sur les répercussions de handicap moteur sur le développement de la personnalité et de pouvoir connaitre les représentations imaginaires que ces sujets se font de leurs corps.

Problématique et hypothèses

Cette étude a mis à l'épreuve 12 cas, de sexe différent, d'un âge varié (26 à 35ans), face au test projectif du Rorschach. De ce fait, Lambros et Dimitris ont confirmé que l'atteinte physique entraîne des préoccupations corporelles et une attention centrée à certaines parties du corps, notamment des parties touchées par le handicap, et que celui-ci soit un facteur inhibiteur de l'accès à l'imaginaire. Ils ont rapporté que certains sujets présentent un infantilisme de la pensée qui se traduit par des désirs qui n'ont pas pu trouver une satisfaction à cause du handicap, ainsi qu'à des relations distantes avec le monde environnant et avec eux-mêmes, et ce, résultant de la mise à l'écart du handicap qui le prive du contact humain.

Etude n03 :

KHITEMENE Thiziri et KHELOUFI Meriem 2017, en vue de l'obtention d'un master en psychologie clinique à l'université Abderrahmane Mira, Bejaia. L'étude s'intitule « **La qualité de l'image du corps chez les dialysés péritonéales** », effectué au sein de l'hôpital deTizi Ouzou « Nedir Mohamed ». C'est une étude descriptive des cas qui vise à connaître les représentations de l'image corporelle chez les patients en dialyse, de ce fait, 04 cas ont été sélectionnés et mis à l'épreuve du Rorschach plus à un entretien clinique.

La recherche a rapporté des résultats prévisibles, et démontrent que ces patients présentent une image corporelle plutôt perturbé avec des chocs et des angoisses dans les relations sexuelles, en précisant que leurs corps ne leurs appartient plus à cause du cathéter, etque ceci soit déformé.

Etude 04 :

KASMI Souhila et KHALDI Fahima 2017 : en vue de l'obtention d'un master en psychologie clinique à l'université de Abderrahmane Mira, Bejaia. L'étude se nomme « **L'image du corps chez les femmes mammectomiesées suite à un cancer du sein** », qui s'est déroulée à l'hôpital d'Amizour à Bejaia.

Cette étude est descriptive des 04 cas sélectionnés, et appuyée sur un guide d'entretien et le test du Rorschach. Elle a pour but de savoir si la mammectomie suite à un cancer du sein altère l'image du corps des patientes car le sein est un symbole de féminité, et son ablation emmènera ces patientes à formuler de nouvelles représentations mentales de leurs images. De ce fait, les résultats ont démontré que ces femmes présentent une auto-évaluation du corps négative, et qu'elles n'ont pas acceptés leur nouvelle image du corps ce qui les a induits vers une sorte de dépression.

Problématique et hypothèses

De ce fait, nous réalisons que les maladies somatiques et le handicap entravent la qualité de l'image de soi chez les sujets atteints. Ceci n'est certainement pas incontournable pour tous les cas, mais nous allons découvrir qu'en est-il par rapport à notre groupe de recherche constitué de personne atteinte d'IMC.

Partie théorique

Chapitre 01 : infirmité motrice

Cérébrale IMC.

Préambule : chaque étude devrait commencer par une partie théorique afin d'exposer les variables de la thématique, et présenter les axes importants qui faciliteront la compréhension de toutes la recherche.

Donc dans ce premier chapitre, nous allons illustrer la variable de l'infirmité motrice cérébrale, mais avant ceci nous préférons aborder d'abord un passage démontrant que l'IMC figure dans la catégorie des maladies handicapantes.

1- Handicap :

1-1 Définition de handicap :

Au début des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a largement contribué à initier et à diffuser les travaux de recherche et de conceptualisation relatifs au handicap. Elle a proposé différents référentiels utiles à l'identification des problèmes, des actions qui en découlent et à l'établissement des statistiques. Les travaux ont permis une classification, non des maladies initiales, mais des conséquences de celles-ci. (JUAN M et AL, 2013. P156)

Selon la définition de l'OMS, le handicap constitue un désavantage, une restriction et une limitation des activités d'une personne, qui sont les conséquences soit d'un trouble sensoriel, mental, soit d'une maladie somatique. (GROSBOIS N, 2015. p9-10).

En 2001, l'OMS a complété ses propos par l'établissement d'une classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé et l'a défini comme un terme générique pour les déficiences pouvant toucher les fonctions anatomiques, physiologique ou psychologiques, des limitations de l'activité que la personne peut exécuter et les restrictions de sa participation à des situations de vie réelles.

Certains critères ont été émis pour qualifier une personne souffrante de handicap, nous les retrouvons ci-dessous :

L'incapacité : elle correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales. Par exemple: incapacités à marcher, à fermer le poing ..., mais aussi à s'habiller, à communiquer,

Le désavantage : est la conséquence des déficiences ou des incapacités. Il représente une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal (exemple: faire des études, avoir un emploi...). (RASSE A, 2010).

1-2 Type de handicap :

1-2-1 Les déficiences intellectuelles:

Autrefois appelées « arriération mentale » ou « débilité mentale » ces déficiences intellectuelles se définissent par un QI inférieur à 69. Ce type touche les fonctions cognitives: langage ou autres troubles spécifiques des apprentissages (dyscalculie, dyspraxies). (RASSE A, 2010. P16)

1-2-2 Les déficiences psychiques:

Elles concernent les troubles du fonctionnement de l'appareil psychique et influent donc principalement sur les sphères de la vie relationnelle, de la communication, du comportement.

1-2-3 Les handicaps d'origine viscérale ou somatique :

De nombreuses maladies chroniques peuvent générer des handicaps. La maladie endocrinienne (obésité, diabète) l'épilepsie, l'insuffisance cardiaque ou respiratoire ou les conséquences mutilantes d'un cancer sont aussi considérées aujourd'hui comme des handicaps.

1-2-4 Les handicaps sensoriels

Elles sont liées à une déficience visuelle (amblyopie, cécité) auditive (surdité), olfactive (anosmie) ou plus rarement sensitive (paresthésie, anesthésie) ou gustative (agueusie)

1-2-5 Les handicaps moteurs:

Ce sont donc en général des handicaps visibles, mais leurs expressions et leurs conséquences sont très variables. Ce handicap caractérisé par une atteinte (perte de substance ou altération d'une structure ou fonction physiologique ou anatomique mise en jeu dans la motricité, c'est à dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir. Ce type de handicap peut être congénital ou acquis. Ces critères se rapportent à la date d'apparition du handicap. (JEAN TRISTAN R, 2009)

Dans notre étude, nous nous intéressons cependant à ce type de handicap, car notre thème, l'IMC, figure dans cette catégorie.

2- Définition de l'IMC (infirmité motrice cérébrale) :

Selon la conception du neurologue Guy Tardieu en 1954, le premier à avoir abordé cette notion, l'IMC correspond à une déficience motrice prédominante et non évolutive, due à une lésion cérébrale et sans atteinte intellectuelle: « conséquence d'une lésion prénatal, périnatal ou postnatale précoce, pouvant s'accompagner d'atteintes sensorielles et d'atteintes partielles des fonctions supérieures, des troubles du mouvement ou de la posture.

Donc on comprend que L'IMC résulte de lésions cérébrales précoces, survenues avant, pendant ou peu de temps après la naissance, atteignant le cerveau en plein développement. Ces lésions, non- évolutives, altérant le fonctionnement du système nerveux central, et sont responsables de déficiences motrices exclusives ou prédominantes. L'IMC est essentiellement marqué par un trouble moteur, d'autres grandes fonctions peuvent être atteintes entraînant alors des difficultés d'apprentissage supplémentaires : on parle alors de « troubles associés » au trouble moteur.

Les principales causes d'IMC sont la prématurité et la souffrance cérébrale néonatale. Celle-ci est observée dans des cas d'accouchements difficiles, lorsque les cellules cérébrales du nouveau-né sont privées d'oxygène; c'est l'anoxie néonatale.

La lésion cérébrale responsable de ces troubles n'évolue pas. Cependant, elle est survenue sur un cerveau en pleine maturation et va entraver le développement de l'enfant, entraînant des conséquences sur les possibilités de contrôle moteur, l'appareil orthopédique, les capacités d'apprentissages scolaires et l'équilibre psychoaffectif. (VICTORIO C, 2021)

Le trouble moteur varie selon l'étendue et la localisation des lésions, Les troubles moteurs sont complexes, associant difficultés à commander le mouvement, à l'organiser et à le contrôler, faiblesse musculaire et raideur. Les tableaux cliniques peuvent être définis selon la forme de l'atteinte motrice et le type de trouble musculaire.

3- La topographie du trouble moteur détermine différentes formes :

Dans cet élément, nous présentons les caractéristiques de l'infirmité motrice cérébrale qui est décrite soit en fonction de la nature du trouble dominant, soit en fonction de la localisation de l'atteinte. En fonction de la nature du trouble dominant, on distingue :

3-1 En fonction de la localisation et de la diffusion de l'atteinte, on distingue :

3-1-1 La diplégie spastique ou syndrome de little :

Tout le corps est atteint mais les troubles moteurs prédominent sur les deux membres inférieurs et les jambes. Les déficiences motrices peuvent s'accompagner d'un strabisme, de troubles Visio-perceptifs ou encore d'épilepsie mais le langage est habituellement intact. Cette forme est très fréquente.

3-1-2 L'hémiplégie cérébrale infantile :

Un seul côté du corps est touché, parfois la tête également. L'atteinte touche plus particulièrement le membre supérieur, si bien qu'elle n'empêche pas la marche.

3-1-3 La triplégie :

Tout le corps est atteint mais l'infirmité prédomine sur trois membres, généralement les deux membres inférieurs et un membre supérieur.

3-1-4 La tétraplégie :

Tout le corps est atteint. Outre une raideur des membres il y'a une insuffisance posturale de tronc et un contrôle de la tête souvent faible. (Association des Paralysés de France, 2011. P8)

3-2 En fonction de la nature du trouble dominant, on distingue :

3-2-1 La forme spastique :

La personne spastique qui est atteinte paradoxalement et à la fois de raideur et de faiblesse musculaire; ces raideurs parasitent la posture et le mouvement. Les contractions (spasmes moteurs) prédominent aux membres supérieurs, aux organes phonatoires et peuvent s'accroître en cas d'émotions fortes. 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'atteinte du système nerveux pyramidal qui contrôle la motricité volontaire. (GUIDETTI M, TOURRETTE C, 2014)

3-2-2 La forme athétosique :

Les mouvements sont involontaires et incontrôlés. Ils sont provoqués par des variations brusques et imprévisibles de la tension musculaire. Ses mouvements peuvent amener les personnes souffrant d'IMC à baver et faire des grimaces involontaires. (Association des Paralysés de France, 2011. P8). La personne athétosique a une intelligence souvent normale ou supérieure à la moyenne, elle peut être prise à tort pour un déficient mental car elle a du mal à contrôler ses gestes (ce qui peut donner lieu à des sortes de grimaces ou des contorsions). On observe des mouvements spasmodiques involontaires et incontrôlés qui parasitent l'action volontaire.

3-2-3 La forme ataxique :

Les mouvements sont effectués avec une force, un rythme et une précision anormaux. L'exécution des mouvements rapides et fins est difficile. (Association des Paralysés de France, 2011, p8). L'enfant ataxique a une démarche instable, il chute fréquemment, son équilibre est perturbé, ses gestes sont imprécis et mal coordonnés. À ces troubles peuvent s'ajouter des tremblements ou une rigidité. (GUIDETTI M, TOURRETTE C, 2014)

4- Étiologie de L'IMC :

L'étiologie de la paralysie cérébrale est plurifactorielle; une cause spécifique est parfois difficile à déterminer. La prématurité, les souffrances anténatales, l'encéphalopathie néonatale ou l'ictère nucléaire en sont les principaux pourvoyeurs. Beaucoup de types différents de malformation et de lésion cérébrale peuvent entraîner une IMC et il existe souvent plusieurs causes.

- Les problèmes qui surviennent juste avant, pendant et juste après la naissance entraînent 15 à 20 % des cas.
- Des problèmes incluent un manque d'oxygène pendant l'accouchement, des infections et des lésions cérébrales.
- Les infections prénatales, telles que la rubéole, la toxoplasmose peuvent parfois provoquer une infirmité motrice cérébrale.

- Des anomalies génétiques peuvent causer des malformations cérébrales, et par la suite, provoquer l'IMC.
- La prématurité : Les nourrissons prématurés sont particulièrement vulnérables, probablement parce que dans une certaine partie de leur cerveau, certains vaisseaux sanguins sont fins et ont tendance à saigner aisément.
- La méningite : Au cours des deux premières années de vie, une maladie grave, telle que l'inflammation des enveloppes du cerveau
- Une infection sévère de la circulation sanguine (septicémie),
- Un traumatisme ou une déshydratation sévère, peut provoquer une atteinte cérébrale et une IMC. (VICTORIO C, 2021)

5- Les troubles associés à l'IMC :

5-1 Les déficits cognitifs :

Du fait des lésions cérébrales précoces et selon leur étendue et leur localisation, c'est aussi le fonctionnement intellectuel mais de façon non systématique qui peut être affecté chez l'enfant IMC. L'efficacité intellectuelle et les possibilités d'apprentissage sont très variables d'un enfant IMC à l'autre : certains, peu nombreux, peuvent poursuivre des études supérieures, alors que d'autres ne seront jamais capables d'apprendre à lire. Les troubles moteurs pouvant également atteindre la parole.

Pour Robaye-Geelen (1969), les enfants spastiques auraient plus fréquemment un trouble intellectuel associé que les enfants athétosiques alors que pour Arthuis (1991), l'intelligence est en général préservée dans les diplégies spastiques et les dystonies athétosiques, un retard mental est observé chez la moitié des sujets hémiplegiques et chez une majorité d'enfants ataxiques.

5-2 L'épilepsie

Ces crises de convulsions avec perte de connaissance concernent entre 20 et 60 % des IMC. Grâce à un traitement médicamenteux qui doit être suivi régulièrement, il est possible de stabiliser ces attaques convulsives. Cependant, plus le niveau intellectuel est faible, plus les crises se répètent et sont difficiles à prévenir avec un traitement. L'épilepsie est plus fréquente chez les spastiques que chez les athétosiques où elle est rare, et plus fréquente dans les hémiplegies que dans les diplégies.

5-3 Les troubles instrumentaux

Des troubles de l'organisation gestuelle et motrice sont fréquents: ce sont des troubles de l'exécution du geste, des difficultés de freinage, de contrôle ou de parasitage du mouvement par des contractions involontaires. Ces troubles peuvent retentir sur la vie quotidienne (alimentation, toilette) et scolaire (écriture).

5-4 Les déficits auditifs :

Selon certains auteurs, 25 % des personnes avec IMC seraient atteints de surdité ou d'hypoacousie (il s'agit d'une diminution, d'une insuffisance de l'acuité auditive correspondant à la déficience auditive légère et moyenne) essentiellement chez les athétosiques (74 %). Ce sont toujours des surdités de perception, non améliorables par la chirurgie mais souvent appareillables. Elles vont avoir une incidence défavorable sur l'apprentissage du langage.

5-5 Les déficits visuels :

L'IMC peut toucher aussi les muscles oculaires, IMC et peuvent être atteints de strabisme, en particulier les enfants diplégiques. Certains IMC peuvent également être atteints de nystagmus (secousses involontaires des globes oculaires) ce qui entraîne des difficultés pour fixer un objet ou pour balayer du regard une surface.

5-6 Les troubles de la sensibilité :

Les troubles de la sensibilité ne sont pas rares chez les hémiplésiques, ils ne peuvent reconnaître les objets avec leur main sans le contrôle de la vue.

5-7 Les troubles du langage :

Ces troubles sont d'origine diverse, ils peuvent résulter de l'atteinte motrice, qui touche également les muscles de l'appareil phonatoire, ou d'une atteinte auditive, fréquente, dans ce cas, l'enfant n'entend pas bien et va donc avoir du mal à s'exprimer correctement.

Ces troubles concernent essentiellement la parole : soit l'enfant ne parle pas du tout, soit il parle mal. Dans ce cas, le positionnement de la voix peut être affecté, elle peut être trop grave chez l'enfant athétosique, trop haute chez l'enfant spastique. On note également des troubles de l'articulation et du rythme de la parole (bégaiement). (GUIDETTI M, TOURRETTE C, 2014)

6- Le développement moteur :

Ce développement est à la fois retardé et atypique. 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.

Il s'agit des comportements réflexes que présente le nouveau-né, comme la marche automatique ou le réflexe de Moro qui témoignent d'un certain niveau de maturation neuro-motrice, la plupart disparaissent dans les semaines qui suivent la naissance.

Par la suite, les grandes étapes du développement moteur seront franchies ou non, plus ou moins lentement en fonction de la nature, du degré de l'atteinte et des mesures éducatives et thérapeutiques mises en place. Certains IMC peuvent acquérir la marche à l'adolescence, d'autres à un âge voisin de l'âge normal comme certains hémiplegiques (vers 18 mois). Certains diplégiques peuvent acquérir la marche entre 2 et 4 ans, il s'agira d'une marche sautillante sur la pointe des pieds et l'enfant pourra courir mieux qu'il ne marche.

7- La structuration du schéma corporel :

L'activité corporelle intervient dans la construction du schéma corporel, de l'espace et de la conscience de soi qui peuvent être perturbés. L'enfant peut en effet avoir des difficultés à se représenter un corps unifié compte tenu du dysfonctionnement de certains segments corporels.

Selon l'étude de Garelli et ses collègues sur la représentation du schéma corporel chez les enfants avec IMC, leurs résultats indiquent que l'enfant IMC aurait une représentation de son corps différente de celle de l'enfant tout-venant. Celle-ci est également différente d'un enfant IMC à l'autre du fait de la diversité des troubles. (GUIDETTI M, TOURRETTE C, 2014)

8- Le traitement de l'IMC :

Une prise en charge totale, adaptée et évolutive pourra prévenir les complications et conduire l'enfant à la plus grande autonomie possible, de garantir son intégration sociale et de soutenir la famille dans cette démarche qui l'engage pour plusieurs années.

8-1 Sur le plan moteur :

La prise en charge des premières années, a pour objectif de placer l'enfant dans des postures pratiques et orthopédiques et de faciliter son déplacement.

Le traitement de la spasticité par les injections de toxine botulique associées à une immobilisation et une rééducation adéquate montre de nos jours son efficacité dans l'aide à la décontraction musculaire, le contrôle du mouvement volontaire et la prévention des déformations orthopédiques

Le programme est multidisciplinaire composé de soins médicaux, rééducatifs, d'appareillage et d'éducation adaptée aux capacités de l'enfant. Son exécution pratique est organisée par un médecin référent, responsable de la cohérence, du suivi et de l'information partagée avec les autres membres de l'équipe de soins et la famille.

Effectivement, « Il faudra également insister sur le fait que les efforts accomplis pour créer les conditions nécessaires à une éducation thérapeutique de qualité risquent d'avoir une portée limitée si le kinésithérapeute-rééducateur ne s'appuie pas sur une réelle collaboration avec une équipe médicale éducative et thérapeutique et le fruit de ces efforts ne se concrétise pleinement que dans le cas où le rééducateur associe son action à celle des parents de l'enfant et à celle des éducateurs dans le cadre de crèches, de halte-garderie, de jardins d'enfants et d'écoles maternelles »

8-2 Sur le plan psychologique et orthophonique :

L'orthophoniste s'attarde particulièrement sur la rééducation (ou à l'éducation) de la communication, à la fois sur le côté réceptif (prise d'informations écrites ou orales) et sur le versant expressif (production d'une communication intelligible, verbale et non verbale). La production de sons, le timbre du ton dans une phrase, l'acquisition de vocabulaire, les règles grammaticales de phrases simples, puis plus complexes sont quelques exemples du travail proposé à l'enfant.

L'orthophoniste traite également les troubles de la déglutition pour limiter le bavage et les fausses routes en stimulant la région péribuccale, en adaptant le volume des prises liquidiennes, etc.

Le psychologue clinicien remplit une double fonction. D'une part il définit les aptitudes cognitives de l'enfant IMC (psychométrie) ainsi que ses affects et d'autre part, il a une fonction de soignant ou de coordinateur des soins autour de la vie affective et familiale de l'enfant handicapé (psychothérapie). Son activité se fait le plus souvent dans le cadre d'équipes hospitalières. (HADDAD TH, 2013, P48-50)

8-3 Sur le plan orthopédique et chirurgical :

L'appareilleur est un collaborateur privilégié du médecin et du kinésithérapeute. Il réalise en particulier des orthèses, destinées à prévenir ou à traiter les déformations, à assurer une position fonctionnelle, ou à compenser un défaut de commande ou de contrôle.

Au cours de la croissance et en fonction de l'évolution, l'appareillage est ajusté dès que c'est nécessaire, pour rester adapté à la morphologie de l'enfant. Une attention singulière est portée à la tolérance cutanée, notamment lorsqu'il existe des troubles de la sensibilité ou quand l'enfant ne peut pas exprimer une éventuelle douleur. Par exemple, Dans le cas de diplégies spastiques, des semelles enveloppantes (coques) placées dans des chaussures normales, de chaussures orthopédiques, ou d'attelles en plastique ou en métal (Perlstein) qui ont pour but de maintenir le pied en flexion. Des interventions chirurgicales peuvent devenir nécessaires en cas de contractures graves. Leur objectif est le plus souvent d'allonger les muscles.

Synthèse :

Pour conclure, l'infirmité motrice cérébrale est un handicap moteur considéré comme un trouble complexe qui entrave le développement de la personne atteinte dans plusieurs domaines : physique tel que l'exécution de certaines tâches quotidiennes, le lien social qui pourrait être altéré, ainsi qu'au côté psychologique tel que la représentation que se font ces personnes sur elles même.

Dans le chapitre suivant, nous allons déployer l'élément psychologique dans sa globalité, pour enfin pouvoir innover une corrélation entre ces deux variables.

Chapitre 02 : L'image du corps.

Préambule: Dans ce chapitre, nous allons présenter les aspects liés à l'image du corps, tel que ses définitions, ses composantes, son fonctionnement et développement, afin de pouvoir éclaircir le contenu de notre recherche.

1- Concepts liés au corps :

Nous commençons d'abord par les concepts liés à l'image du corps:

1-1 Corps : le corps est un concept qui a été abordé par plusieurs auteurs, principalement Lacan et Freud. Ce concept est traditionnellement opposé à celui de psychisme, et a été retrouvé ce complètement bouleversés avec le dualisme, dans un premier temps, suite à l'introduction par Freud des concepts de conversion hystérique et de pulsion qui firent découvrir à Freud la sensibilité toute particulière de leur corps aux représentations inconscientes, et, dans un second temps, suite à l'élaboration par Lacan des concepts concernant l'image du corps. (CHEMAMA R, VANDERMERSCH B, 2009, P115)

1-2 Le corps imaginaire: Lacan traite la constitution de l'image du corps en tant que totalité et de la naissance corrélatrice du moi. L'image unifiante du corps s'édifie à partir de l'image que lui renvoie le "miroir" de l'Autre: image de l'Autre et image de soi dans le «regard» de l'Autre, la mère principalement. (CHEMAMA R, VANDERMERSCH B, 2009, P116)

Donc l'image du corps ne se construit qu'à partir du regard, ou de l'image, que l'autre construit sur nous.

On comprend que Lacan désigne souvent cette image du corps par l'expression image spéculaire. L'image spéculaire résulte en effet de la conjonction du corps réel en tant qu'organique, de l'image de l'Autre et de l'image qu'en propose l'Autre ainsi que des paroles de reconnaissance de ce même Autre.

Lacan retravaillera cette question de l'image spéculaire du corps à plusieurs reprises, et donne à penser que cette image unifiante du corps ne peut s'établir que s'il existe au préalable une pré-image, parfois désignée par le terme de corps propre. Cette pré-image est créée par la conjonction du corps organique de l'enfant et du « regard » des parents sur celui-ci, une image anticipatrice, idéalisée, objet d'amour d'investissement libidinal.

Autrement dit, l'organisation du corps propre de l'enfant est le résultat d'une incorporation, dans le réel de l'organisme de l'enfant, de la dimension phallique dont il est revêtu par l'Autre parental. Cet investissement libidinal parental est donc indispensable à la constitution du corps propre et, par conséquent, à l'émergence de l'image spéculaire, du moi et du narcissisme de base, indispensables à la survie de l'enfant.

Donc, pour établir une image propre et saine, un travail parental est primordial, celui-ci se résume dans l'attention portée sur le corps de l'enfant, dont doit être positive et chaleureuse.

1-3 Le corps symbolique: Lacan a introduit ce concept qui désigne l'ensemble des signifiants, conscients, refoulés ou forclos d'un sujet ainsi que leur modalité générale et singulière d'organisation. (CHEMAMA R, VANDERMERSCH B, 2009, P118)

Les paroles qui constituent le corps des signifiants et donc le sujet de l'inconscient peuvent avoir été dites ou pensées bien avant la conception de l'enfant. Ces signifiants concernent d'abord son identité (nom, prénom, place dans la généalogie, sexe, race...) À cet héritage d'avant la naissance vient s'adjoindre la constellation des signifiants qui véhiculent les désirs, conscients et inconscients, des Autres parentaux et qui constituent l'aliénation symbolique du sujet.

1-4 Le corps réel: Le concept de réel chez Lacan est susceptible d'au moins trois significations spécifiques. Il connote l'impossible, le résistant et l'objet du rejet.

En tant que le concept de réel connote l'impossible, le réel du corps est constitué par tout ce qui du corps échappe aux tentatives d'imaginarisation et de symbolisation.

Il est ce à quoi l'on se heurte, ce qui revient toujours à la même place, ce qui vient faire obstacle à nos vœux et à nos désirs, notamment aux vœux infantiles de toute-puissance de la pensée. On appelle souvent ce corps le corps réel, et l'on rassemble sous cette appellation la différence anatomique des sexes et la mort en tant que l'inévitable destruction du soma.

On comprend d'après cette définition que le corps réel est doté de caractéristiques inchangeables par exemple, la couleur des yeux ou celle de la peau ou encore tel handicap de naissance ou acquis: paralysie, amputation, blessure neurologique, surdité ou perte de la vision, infertilité ou impuissance organique. (CHEMAMA R, VANDERMERSCH B,2009, P120)

1-5 L'image inconsciente du corps:

Pour la psychanalyste Françoise Dolto, l'image inconsciente du corps est structur e sur trois composantes indissociables : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène, qui reconfigurent le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution. Dolto y voit un feuilleté d'images du corps (image orale, anale, génitale) qui se dépassent les unes les autres au moyen de ce qu'elle nomme des « castrations symbolig nes », opérées dans les interactions langagières entre enfants et adultes. Pour Dolto, qui a consacré sa vie aux enfants et aux adolescents, grandir, c'est changer d'images du corps. (BOUVIER M,2017, P3)

1-6 L'image du corps et la représentation de soi :

La représentation de soi désigne le corps « objectalis  », corps que l'on donne à voir, qui médiatise et agit la relation à l'autre. Ce sont les qualités que nous attribuons inconsciemment à notre moi-corps, issu tout autant de notre vécu corporel que de notre soi fantasme et qui vont conditionner nos relations aux autres.

La représentation de soi est un concept opératoire pour les psychanalystes, il est défini comme « principe unificateur qui centre l'étude du fonctionnement psychique sur le sujet tel qu'il se vit dans son corps et son univers relationnel ». (MANSOURI R, MANSOURI L, 2019, P16)

1-7 L'image du corps et l'image de soi :

L'image de soi selon le dictionnaire de psychologie : « est la représentation et l'évaluation que l'individu se fait de lui-même aux différentes étapes de son développement et dans les différentes situations dans lesquelles il se trouve. Elle dépend du regard et des évaluations que les autres portent sur l'individu. Enfin l'image de soi se rattache à la génèse de la conscience de soi. »

L'image de soi est une image du corps chargée d'affect. Elle est en relation avec l'estime de soi, c'est-à-dire avec le caractère positif ou négatif que le sujet perçoit de lui-même. Elle est construite à travers son propre vécu mais aussi à partir de l'image renvoyée par autrui. Cette image peut être approchée à travers le sentiment d'attrait que le sujet a de lui-même, sa condition physique, son efficacité et son identité sexuelle. ». (MANSOURI R, MANSOURI L, 2019, P17)

1-8 Les membres fantômes:

Certaines personnes amputées d'un bras le conservent dans leur schéma corporel puisqu'elles ressentent des douleurs ou des démangeaisons dans l'espace laissé vacant par leur membre perdu. On observe que la section des nerfs sensitifs qui vont vers l'encéphale peut dans certains cas supprimer la sensation de membre fantôme. Il s'agit donc bien d'un phénomène neuronal. (BOUVIER M, 2017, P2)

2- Définition de l'image du corps et aux concepts analogiques:

2-1 Le schéma corporel:

2-1-1 Définition du schéma corporel selon les auteurs:

Avant de parler de l'image du corps, il est indispensable d'aborder le schéma corporel, car auparavant, les deux notions étaient confondues l'une à l'autre, de ce fait, nous allons voir la différence entre les deux concepts:

D'après le neurologue anglais Head Henry, qui suppose que le cerveau contiendrait un modèle interne représentatif des caractéristiques et grandeurs biomécaniques du corps qui nous permettrait notamment de situer notre corps dans l'espace, défini par ses coordonnées spatiales, d'avoir une représentation topographique de notre corps et partie du corps, sans laquelle nous ne pourrions d'ailleurs pas nous mouvoir. (BUSSILLET M, 2005)

Cependant, Julian de Ajuriaguerra propose la définition suivante du schéma corporel : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » (VERT E, 2015)

Pour Françoise Dolto le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, il est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine, il se structure dès l'enfance par l'apprentissage et l'expérience. (DOLTO F, 1984)

A travers les définitions situées en dessus, nous constatons que le schéma corporel ne se résume pas seulement à la connaissance du corps mais prend en compte l'intégration de toutes les fonctions sensorielles et qu'il se base donc sur des sensations que le bébé perçoit à travers son système sensoriel. (VERT E, 2015)

2-2 L'image du corps :

2-2-1 Définition: L'image du corps est une notion psychanalytique post- freudienne, due à Paul Schilder. 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. (ANZIEU D, CHABERT C, 1960, P328)

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. (ANZIEU D, CHABERT C, 1960, P328-329)

L'image du corps correspond à une construction psychique, un travail de représentation nous permettant d'appréhender notre corps comme une entité. L'image fait ainsi référence à une « reproduction mentale d'une perception, d'une sensation précédemment éprouvée », tout comme l'image du corps résulte de l'élaboration d'une représentation du corps. (VERT E, 2015, P16)

2-2-2 Aperçu bref sur l'image du corps:

La notion de l'image du corps a été définie par plusieurs auteurs qui ont essayé de la développer à travers des années de travaux et de recherches, pour ceci, nous citons les précurseurs de la notion:

Selon **Bergson**, le précurseur de la notion d'image du corps, Il la définit comme la manière dont le sujet perçoit son corps en tant qu'image.

L'auteur donne ainsi au corps un statut de miroir en affirmant que l'image est produite par le corps lui-même. Cet auteur fait la distinction entre image de corps qu'il définit comme une perception instantanée du monde à travers soi et son corps, et image du corps qui correspond à la manière dont le sujet peut être affecté par cette perception. (VERT E, 2015, P15)

Schilder rajoute alors en 1935 : « L'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit. Autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même » (VERT E, 2015,P15)

Dolto complète en 1984, ces propos en distinguant l'image du corps et le schéma corporel. Elle définit l'image du corps comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles », celle-ci étant propre à chacun et « liée au sujet et à son histoire ». Selon l'auteure, l'image du corps s'actualise dans les différentes formes d'expression et constitue, chez l'enfant, un moyen d'expression. Elle se construit à travers les expériences psychocorporelles qui mettent le sujet en relation : « c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » (Dolto, 1984).

En effet, un nouveau-né se construit à travers le regard qui lui est destiné. C'est ainsi par l'investissement dont le bébé est l'objet qu'il devient capable d'investir son propre corps. L'image du corps se retrouve donc liée à l'histoire de chacun et correspond à une conscience de soi inhérente aux affects et à la symbolique du corps. (VERT E, 2015, P15)

2-2-3 L'image du corps de point de vue de différents domaines:

Certains auteurs de spécialité différentes ont abordé la notion de l'image du corps, chacun l'a expliqué dans le contexte de son domaine d'expertise, c'est ce que nous verrons dans cet élément suivant:

2-2-3-1 L'image du corps de point de vue neurologique:

En 1939, Jean Lhermitte écrit dans *L'image de notre corps* : « Chacun de nous possède effleurant au seuil de sa conscience, une image, un schéma tridimensionnel de son corps; c'est grâce à l'existence de cette image de notre corps qu'il nous est possible de sentir, de percevoir, enfin de développer notre action sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure ». Il rappelle, à partir des travaux de Wallon, que la connaissance de la forme du corps n'est pas innée mais acquise. Lhermitte affirme que cette image est inscrite dans des structures cérébrales en particulier pariétales droites. (MORIN C, 2013, P40)

2-2-3-2 L'image du corps de point de vue de la psychologie du développement:

En 1931, Wallon montre comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre. Le corps est d'abord traité par l'enfant comme s'il était fait de parties distinctes, animées chacune d'une vie personnelle: Entre 6 mois et 2 ans, l'enfant découvre son image dans le miroir, il s'y intéresse de façon prolongée et il jubile devant son image. Il se retourne vers l'adulte dont il perçoit l'image dans le miroir. Il est à noter que l'enfant s'intéresse à l'image de son corps alors même que son schéma corporel n'est pas constitué, qu'il n'a pas la notion de la droite et de la gauche, et qu'il est incapable d'énumérer les diverses parties du corps. (MORIN C, 2013, P39)

2-2-3-3 L'image du corps de point de vue cognitiviste:

Il faut aussi mentionner ce que les chercheurs cognitivistes appellent actuellement image du corps. Dans la littérature cognitiviste, le terme image du corps renvoie à des représentations verbales multiples du corps, de ses différentes parties et de ses rapports spatiaux à celui d'autrui. Ces notions, à la différence du schéma corporel, sont acquises par un apprentissage explicite (noms des parties du corps, notion de la droite et de la gauche...).

Certains auteurs font également référence à l'image visuelle du corps selon Head, entendant le terme d'image dans son sens le plus restrictif, celui de la perception visuelle du corps et les objets. (ANZIEU D, CHABERT C, 1960, p328)

2-2-3-4 L'image du corps de point de vue psychanalytique :

L'image du corps n'est donc pas seulement une topographie fonctionnelle du corps, elle intègre, accommode et réactualise sans cesse des informations psychiques, émotionnelles, libidinales.

Dans sa théorie de la sexualité, Freud décrit le corps comme un assemblage de pulsions sexuelles investies dans des zones érogènes, principalement les zones orale, anale, génitale. Mais les pulsions partielles, qui morcellent l'image du corps en zones de prédilection érogène, se définissent moins selon leurs organes (muqueuses de la bouche, de l'anus, du sexe) que selon leurs buts.

Freud découvre en effet chez l'enfant deux grandes modalités pulsionnelles : la pulsion scopique et la pulsion d'emprise (ou de maîtrise).

La pulsion scopique gouverne la curiosité sexuelle, l'exploration de son propre corps et de celui des autres. La pulsion d'emprise porte au plaisir de maîtriser sa musculature dans l'action sur soi (auto-érotisme), sur les objets et sur autrui (jusqu'à l'expérimentation de la pulsion de cruauté).

Dans cette organisation pulsionnelle, les yeux et les mains ont un rôle majeur. L'investissement libidinal n'est pas le même que les parties du corps sont visibles ou non, accessibles à la manipulation ou pas.

L'image du corps est donc, comme le dit Michel Bernard une « structure libidinale dynamique qui ne cesse de changer en fonction de nos rapports avec le milieu physique, vital et social. » (BOUVIER M, 2017, P3)

Freud et le narcissisme : Dans son article de 1914 intitulé « Pour une introduction au narcissisme », Freud (1969) définit successivement le narcissisme comme un amour du corps, puis comme un amour du moi, établissant ainsi une relation entre le moi et le corps : « Si nous introduisons ici notre distinction entre pulsions sexuelles et pulsions du moi, nous devons reconnaître que le sentiment d'estime de soi dépend, de façon tout à fait intime, de la libido narcissique ».

Freud note que les rapports du sujet humain à son corps subissent une transformation qualitative majeure avec l'instauration du narcissisme : dans la phase autoérotique de la petite enfance. Toutes les parties du corps source de jouissance ; avec le passage au narcissisme, d'une part seule certaines zones sont érogènes, d'autre part le sujet humain aime son corps, il apparaît une « unité », le moi.

Le mécanisme de ce qu'on pourrait appeler le passage de la jouissance du corps à l'amour du moi reste mystérieux pour Freud : « Il est nécessaire d'admettre qu'il n'existe pas dès le début, dans l'individu, une unité comparable au moi ; le moi doit subir un développement. Mais les pulsions autoérotiques existent dès l'origine ; quelque chose, une Nouvelle action psychique, doit donc venir s'ajouter à l'autoérotisme pour donner forme au narcissisme.» (Morin. C, 2013, P43) (MOUHAMMADI K, AMRA A, 2020, p47-48)

Dans cette recherche, nous avons choisi la perspective psychanalytique comme fondement théorique, car elle a expliqué la notion de l'image du corps dans sa globalité à travers plusieurs auteurs...

3- Construction de l'image du corps/ processus en psychanalyse :

Avant d'entamer l'explication de la construction de l'image du corps par rapport à différents auteurs psychanalystes, nous trouvons nécessaire de définir et d'expliquer d'abord quelques processus émis par la théorie psychanalytique afin de mieux comprendre ce qui suit.

Selon les psychanalystes il en existe 03 piliers de l'image du corps, et affirment qu'elle n'est pas seulement inconsciente, elle est elle-même une partie de l'inconscient. Les théories psychanalytiques reconnaissent à l'image du corps la capacité d'émerger à la conscience sous certaines conditions. L'image du corps est inconsciente et liée à la libido et au désir, ces 03 piliers sont comme suite:

3-1-1 L'inconscient : La conception de l'inconscient a beaucoup évolué entre la première et la deuxième topique de Freud. Il est un système constitué de contenus refoulés qui n'ont pu avoir accès au système préconscient-conscient. Ces contenus sont des représentants de la pulsion.

Envisager l'image du corps, c'est prendre en compte également la dimension sexuelle du corps. Quel que soit l'âge du patient.

Laplanche et Pontalis proposent cette définition : « les représentations inconscientes sont agencées en fantasmes, scénarios imaginaires auxquels la pulsion se fixe et qu'on peut concevoir comme de véritables mises en scène du désir ». (PIREYRE E, 2011)

3-1-2 La libido : elle comprend l'énergie de la pulsion sexuelle, elle est psychique et comparable à la faim pour la pulsion sexuelle. (VANIÉ A, 2002, p51)

Freud en parle comme « l'énergie, considérée comme une grandeur quantitative de ces pulsions qui ont à faire avec tout ce que l'on peut comprendre sous le nom d'amour » (PIREYRE E, 2011)

3-1-3 Le désir : Le désir s'oppose au besoin et, elle vise un objet spécifique et s'en satisfait. (PIREYRE E, 2011)

Le désir naît de l'écart entre le besoin et la demande; il est irréductible au besoin, car il n'est pas dans son principe relation à un objet réel, indépendant du sujet, mais au fantasme; il

est irréductible à la demande, en tant qu'il cherche à s'imposer sans tenir compte du langage et de l'inconscient de l'autre, et exige d'être reconnu absolument par lui.

Après avoir expliqué les 03 piliers de l'image du corps en psychanalyse, nous allons par la suite voire comment celles-ci contribuent à sa construction :

Donc, le processus d'image du corps commence par le bon objet ou du mauvais objet en constituant les premiers processus psychiques (cité en dessus). Celles-ci supposent, tout en la renforçant, une représentation élémentaire de l'intérieur et de l'extérieur. (ANZIEU D, CHABERT C, 1960, p330)

Par rapport à l'image de la bonne mère, dont la nourriture est vivifiante et les caresses apaisantes, le nourrisson vit une relation d'incorporation, c'est-à-dire d'intériorité : tétant son lait, porté dans ses bras, il vit en elle, ou ce qui pour lui revient au même, elle vit en lui. L'indistinction primitivement vécue par lui de leurs deux corps alimentera plus tard d'éventuels fantasmes de fusion avec la mère, voire de retour au sein maternel. (ANZIEU D, CHABERT C, 1960, p330)

« De ce fait, tout un investissement libidinal est employé à cette étape, car dans ce premier stade, la bouche est le moyen et foyer d'approche de l'objet désiré, le sein maternel, et fait une absorption par tous les organes sensoriels et la peau de toutes les stimulations qui entrent dans le champ accessible à l'enfant qui s'accompagnera à une satisfaction libidinale intense, dite oral ». (BRACONNIER A, 2006, P83)

Cette indistinction fonde aussi des rapports d'inclusion syncrétiques : l'enfant se sent à la fois bon parce qu'aimé par sa mère et aimé d'elle parce qu'il en est le bon objet.

L'image de la mauvaise mère, celle qui considère son enfant comme son mauvais objet, nourricière au lait noir empoisonné, aux étreintes étouffantes, dont les caresses fouillent désagréablement les chairs, correspond à la représentation que l'enfant se fait confusément de sa propre méchanceté et du risque de destruction de l'objet aimé. (ANZIEU D, CHABERT C, 1960, p331)

Lorsque cette image destructrice fait intrusion en lui, il cherche à l'expulser au-dehors, par manière de renversement systémique du sentiment qu'il a d'être envahi par elle du dedans. (ANZIEU D, CHABERT C, 1960, p331-332)

De ce fait, on remarque que la maman n'allait pas son bébé seulement en lui donnant son sein, mais au même temps, elle est entrain de construire tout un processus qui emmènera son enfant à développer des éléments intrapsychiques tout en renforçant les 03 composants cités en dessus.

De l'autre côté, Ceci peut être expliqué d'une autre manière par l'œuvre de WINNICOTT dénommé la maman suffisamment bonne, qui comporte le même principe:

3-2 Le développement de l'image du corps selon Winnicott:

Winnicott parle de préoccupation maternelle primaire qu'il définit comme la capacité à mobiliser ses ressources psychiques afin de s'identifier au bébé, et ce dans le but de s'ajuster à ses besoins et à ses états internes. Cet auteur enrichit ce concept en y ajoutant trois fonctions maternelles nécessaires au développement de l'enfant et qui permettent ainsi à l'enfant d'accéder au sentiment d'habiter son corps:

3-2-1 L'object presenting: permet à l'enfant d'entrer dans la toute-puissance en pensant qu'il crée les objets qui lui sont présentés.

3-2-2 Le holding: c'est le fait que la maman porte son enfant, et non pas physiquement seulement, (VANIER A, 1998. P52) permet à l'enfant de moduler ses tensions internes, en prenant un rôle de pare-excitation. Cette fonction a une part importante dans le processus d'intégration du moi qui permet de faire émerger le sentiment d'être.

3-2-3 Le Handling: c'est le fait et la façon de prendre, de manipuler le bébé par la mère. Par le Handling, l'enfant pourra intégrer son corps comme une part de lui-même (processus de personnalisation). Grace à l'identification de la mère à son bébé, pourra le soutenir de manier à ce qu'il ne sente pas constitué d'un ensemble de parties. (VANIER A, 2002, p38)

En effet, tout ce dont nous venons de citer peut sembler un ensemble anarchique de données, mais en réalité, c'est un assemblage harmonieux et minutieux qui rassemble l'attitude primaire exemplaire pour la création d'une image du corps saine.

3-3 Le stade du miroir:

Wallon est le premier auteur qui s'est intéressé au rôle du miroir dans le développement de l'enfant et plus particulièrement dans sa construction psychique. Il accorde au miroir une fonction d'unification du corps. Au début de la vie, le bébé a une conscience de lui grâce à ses différentes sensations qui ne sont pas mis en lien entre elles, mais traitées séparément. C'est avec le miroir que l'enfant va pouvoir développer une image unifiée et extériorisée de lui-même. Le stade du miroir intervient entre 6 et 18 mois et passe par plusieurs étapes.

Dans un premier temps, l'enfant ne se reconnaît pas mais est en capacité de reconnaître l'image de l'autre, notamment celle de ses parents. (VERT E, 2015, P20)

Par la suite, l'enfant va prendre son image pour celle d'un autre enfant qui sera un partenaire de jeu. Il ne voit donc pas une image mais bien une autre personne. Puis, l'enfant commence à comprendre que ce qu'il a en face de lui est une image. C'est à ce moment-là seulement que l'enfant va mettre en lien ce qu'il voit et ce qu'il sent et s'approprier enfin sa propre image. En s'identifiant à elle, il va ainsi comprendre que cette image est la sienne et percevra dès lors son corps comme unifié.

Plus tard, Lacan va accentuer ce que Wallon a apporté concernant le stade du miroir en le définissant comme fondateur du « Je » Et le qualifie comme un moment d'identification fondamentale du Moi. (VANIÉ A, 2002, P55)

L'enfant va reconnaître dans le miroir une image et la reconnaîtra comme sienne, il va l'assumer cette image selon un processus d'identification. (VANIÉ A, 2002, P55)

3-4 L'image du corps selon DOLTO :

L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle: camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimiques et gestes. (Dolto, 1984).

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 correspondant 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. Ces quatre images sont :

3-4-1 L'image de base : dite aussi *image de sécurité* ; elle est pour Dolto celle qui est la plus fragile et contre l'intégrité de laquelle toute menace peut être ressentie comme mortelle. (SCHAUDER C, 2002). Elle assure au sujet la « mêmeté 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. Parce que basale, cette image est le lieu de l'affrontement fondamental et radical des pulsions de vie contre les pulsions de mort. (PAQUIS C, 2008, p4)

3-4-2 L'image fonctionnelle : définie par Dolto comme « l'image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir », l'image fonctionnelle est la seconde modalité de l'image du corps. Les pulsions de vie se manifestent grâce à elle pour obtenir du plaisir. Son élaboration réalise, par rapport à la seule mise en jeu des zones érogènes, un enrichissement des possibilités relationnelles. (PAQUIS C, 2008, p5)

3-4-3 L'image érogène : troisième modalité de l'image du corps, l'*image érogène* est associée à l'*image fonctionnelle*. Elle se focalise sur le lieu où plaisir et déplaisir érotisent la relation à l'autre.

La main, par exemple, est d'abord une zone érogène préhensive orale, puis anale rejetante. Lorsque l'image fonctionnelle se trouve niée par une intervention verbale répressive « touche pas », qui s'oppose au désir d'agir de l'enfant, celui-ci peut choisir comme issue que la zone érogène n'entre plus en contact avec l'objet interdit. (PAQUIS C, 2008, p5)

3-4-4 L'image dynamique: elle a pour fonction de relier les trois composantes. Elle correspond au « trajet du désir doué de sens allant vers son but ». Elle pourrait se représenter comme les traits en pointillé qui partant du sujet par la médiation d'une zone érogène de son corps irait vers l'autre. (PAQUIS C, 2008, p5)

Donc en dernier lieu, voici comment l'image du corps se construit d'après plusieurs auteurs. De ce fait, nous constatons que ces éléments contribuent principalement au développement de l'enfant vis-à-vis de son corps.

4- Fonctionnement/ développement chez l'adolescent:

Après avoir expliqué le processus du développement de l'image du corps à la période d'enfance et sa genèse, nous allons poursuivre par la période d'adolescence:

La transformation de ce corps infantile ne va pas sans certaines répercussions au niveau imaginaire et symbolique.

En effet, l'adolescent se confronte peu à peu aux manifestations primaires et secondaires de la génitalité (développement de la pilosité, des seins et des organes génitaux, apparition des premières règles et éjaculations) pouvant par la suite introduire de nombreuses perturbations dans l'équilibre psychique de l'adolescent tel que la réactivation d'une angoisse de castration chez le garçon ou renforcement de la croyance infantile des filles en leur castration, bouleversement de l'image du corps.(BOURCET ET AL,P96)

4-1 Les niveaux du changement des statuts corporels à l'adolescence:

4-1-1 Corps et statut génital: Le corps de l'adolescent a dorénavant un statut génital car il est reconnu par un autre, semblable à lui, qui peut le désirer. Ce n'est donc pas seulement l'image du corps qui change mais sa valeur même. Au cours de la puberté, la structuration de l'image du corps, déjà effectuée à l'enfance, est mise à l'épreuve du regard des autres non parentaux.

4-1-2 Corps et repères spatiaux: Ce corps, ainsi transformé dans son aspect extérieur et dans ses dimensions, fait vaciller les repères spatiaux de l'adolescent. Celui-ci perd alors la perception dans l'espace de son propre corps, ce qui a pour conséquence, déficit psychomoteur transitoire Ainsi, selon A. Haim, « l'adolescent est un peu aveugle qui se met dans un milieu dont les dimensions ont changé ». Il y est ainsi confronté, sans toutefois avoir la possibilité de lutter contre la transformation inévitable de son corps.

4-1-3 Corps et représentation symbolique: L'ensemble des modifications corporelles est soit source de fierté, soit source de sentiments d'imperfection et d'insuffisance.

Donc l'image du corps appartenant au registre symbolique et imaginaire avec une base affective, l'adolescent utilise souvent son corps comme un moyen d'expression symbolique de ses conflits et de ses modes relationnels, que ce soit, entre autres, par l'habillement, les tatouages ou le piercing.

Pour Schilder, la structure du modèle postural du corps reflète les structures libidinales. L'image du corps se constitue, ainsi, à partir de remaniements permanents, en fonction des investissements dynamiques, libidinaux et agressifs, si, toutefois, une limite est reconnue. (BOURCET ET AL, P97)

4-1-4 Corps social: Le corps de l'adolescent constitue l'épicentre des échanges relationnels et affectifs en mettant en évidence l'utilisation du corps par les adolescents afin de soutenir un discours social. L'objectif de ce discours est surtout de se différencier de l'autre, tout en cherchant une ressemblance avec cet autre afin de se rassurer.

4-1-5 Corps et narcissisme: À l'adolescence, le corps renvoie à la question du narcissisme. Cette dimension narcissique est fondamentale.

Selon A. Freud, si la mère partage avec son enfant la possession du corps de ce dernier, l'adolescent, bien au contraire, revendique l'indépendance et la libre disposition de son corps, ce corps sexualisé. Le Moi de l'adolescent va devoir alors analyser l'excès pulsionnel de son corps d'enfant devenu érogène durant la puberté.

Voici donc certains éléments qui contribuent à la formation de l'image du corps, celle-ci pourrait donc être par la suite saine, ou bien déformée. (BOURCET ET AL, P98)

5- Le privilège de l'image:

Lors d'une recherche qui se donnait pour objet la description des représentations de l'intérieur du corps, P. Fédida constate:

Dolto pourrait à certains égards reprendre ces constatations à son compte. À certains égards, car autant elle peut soutenir que l'image inconsciente du corps n'a rien à voir avec une représentation formelle du corps, toutes représentations, pour elle, parce qu'elles s'inscrivent dans le registre de l'affect, de moi, sont des représentations corporelles.

Autant la forme du corps reste dans ses références conceptuelles un lieu d'étalonnage de l'affect et de sa représentation.

P. Fédida le précise que toute représentation est de nature corporelle; la nuance est révélatrice: il ne parle pas du corps mais bien, dans sa référence à Freud, de la pulsion. L'image est adoptée par F. Dolto, car elle est traitée comme langage corporel et émotionnel. (DOLTO F, 1984)

Synthèse :

En guise de synthèse, nous pouvons affirmer que l'image du corps est l'allure dont le sujet perçoit son propre corps à travers des représentations mentale lié à sa vie intérieure et personnelle.

Cette image peut être bonne ou mauvaise, et est amplement dépendante à l'aspect physique, qui pourrait par la suite, susciter des modifications de ces représentations.

De ce fait, nous allons poursuivre notre recherche jusqu'à l'aboutissement aux discussions des hypothèses, mais avant ceci, un chapitre méthodologique de la recherche nous impose un passage qui va englobera les techniques d'investigation employé.

Partie pratique

***Chapitre 03 : méthodologie de la
recherche.***

Préambule : Après avoir présenté les chapitres précédents qui illustrent les éléments théoriques de la recherche, nous passons maintenant à la partie pratique qui démêlera toute la recherche.

Dans ce chapitre, nous allons retracer les étapes de la réalisation de notre recherche qui est l'image du corps chez les personnes avec IMC. De ce fait, nous initions par la présentation de la méthode clinique, la pré-enquête et son déroulement qui englobe le lieu du stage, le groupe de la recherche, ainsi que les outils d'investigation utilisés, voir aussi une déontologie respectée par chaque recherche scientifique. Pour finir, une synthèse qui résumera tous les éléments abordés durant ce chapitre.

1- La méthode de la recherche :

Notre travail vise à évaluer l'image du corps chez les personnes avec IMC, de ce fait, la méthode suivie et adoptée est bien la méthode clinique, car elle qui va nous emmener à comprendre et à observer la conduite de nos sujets de recherche et surtout à les étudier de manière singulière.

La recherche clinique a pour but, comme toutes les formes de recherches, d'accroître les connaissances. Elle recouvre toutes les méthodologies utilisées en recherche : expérimentale, descriptive, qualitative, quantitative, elle permet aux chercheurs de choisir une méthode et outils et cela selon les critères de la recherche. (FORMARIER M., 2006)

1.1. La méthode clinique :

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujet souffrant et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire, l'individualité. Elle s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie. La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours des techniques (testes, échelle, entretien) de recueil des informations du patient (*in vivo*). Alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas avec conflit. (PEDINIELLI J.L., 2006, p.7-8).

Dans notre recherche nous avons adopté la **méthode descriptive**, qui est une méthode qui permet de décrire le phénomène et l'étudier dans son ensemble et dans ses aspects particuliers (DEL BAYLE J.L., 2000, p. 120).

Une méthode qui englobe des outils d'investigations tels que les tests, entretien, échelle, les observations pour but d'étudier le cas d'une manière plus approfondie.

La méthode descriptive est complétée avec **l'étude de cas** : une méthodologie de recherche très précise en sciences sociales, utilisée pour étudier des phénomènes complexes et nouveaux en situation réelle ou étendre les connaissances sur des phénomènes déjà investigués. (BARLATIER P.J. 2008, P. 1)

1-2 Etude de cas :

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension, organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présent et passé. De l'ensemble de ces données, descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite. (Chahraoui et Bénony, 2003. P.125-126)

Nous avons adopté cette méthode car elle correspond le mieux à notre thème qui consiste à étudier profondément les processus psychiques des 04 personnes en état d'handicap, et ceci dans une perspective clinique à travers le changement spatial.

2- Présentation du lieu de la recherche :

Notre recherche s'est effectuée au sein du centre des inadaptés mentaux, situé à Sidi Ali Lebhar à BEJAIA. Un centre qui prend en charge 136 adultes de différentes régions de Bejaïa, avec des âges variés ayant dépassés 18ans, ainsi qu'atteints de plusieurs troubles différents, notamment 54 personnes présentant une déficience mentale, 65 personnes présentant la trisomie 21, et 17 personnes en situation d'IMC.

La surface du centre est d'environ 1,5 hectare. La structure de ce dernier se compose de dix chalets et un bloc administratif qui se compose d'un bureau du directeur, secrétariat, 2 bureaux des psychologues, un bureau d'orthophonie et un bureau d'un chargé pédagogique. Puis nous retrouvons plusieurs blocs où se déroulent les travaux des adultes. Ce sont des ateliers de travaux, l'un différent de l'autre. Chaque atelier est dirigé par une éducatrice qui assure des activités manuelles, à titre d'exemple : atelier de céramique, peinture, couture...

Le personnel du centre est constitué de 29 personnes : 2 psychologues, une orthophoniste, 17 Éducateurs/trices, 05 personnel soutien et 03 personnes administratives. Les psychologues sont chargées d'accompagner les adultes et de voir l'évolution de leurs états psychique en intervenant chaque semaine dans leurs bureaux. L'orthophoniste est chargée d'aider les adultes à acquérir, voir, à modifier leurs capacités langagières (améliorer l'articulation des lettres, des mots...) et surtout aider ceux qui ont des troubles de déglutition.

3- La pré-enquête :

La pré-enquête est l'étape la plus importante dans la recherche. Elle a pour but de recueillir des informations nécessaires du thème et sa faisabilité et le groupe de recherche. Elle est une phase d'investigation, préliminaire de reconnaissance, une phase du terrain assez précoce dont les buts sont d'aider à construire une problématique plus précise et des hypothèses qui soient plus valides, fiables et justifiées.

De même, elle permet de fixer une meilleure connaissance de cause et un objectif précis. (Aktouf O., 1987, P. 102). Elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte globale (sociologique, économique, historique, psychologique).

Donc, la pré-enquête est une étape très importante qui nous permet de valider notre question de départ, d'avoir des informations et d'avancer des hypothèses sur le thème de recherche, elle consiste également à essayer sur un groupe d'étude les outils prévus pour effectuer l'enquête, et d'élaborer un guide d'entretien qui sera adéquat.

Notre pré-enquête avait comme objectif la récolte d'information pour vérifier à la fois, la faisabilité de la recherche, concernant le thème choisis ainsi que le groupe qui convient à notre recherche. Après avoir eu l'autorisation du chef de notre département et l'accord du directeur du centre des inadaptés mentaux de Sidi Ali Lebhar, nous avons eu l'opportunité de commencer notre stage au sein de ce centre, en premier lieu, il nous a fait visiter leur siège et nous a présenté tous le personnel ; psychologues et éducatrices ainsi que les adultes intégrés au centre. Nous avons interrogé les psychologues par rapport aux adultes atteints d'IMC ainsi que d'autres questions qui intéressent notre thème de recherche pour recueillir le maximum d'informations.

3-1 Le déroulement de la pré-enquête :

Notre pratique a commencé le 1^{er} mars jusqu'au 15 avril, une période qui nous a permis d'observer les cas et de faire la sélection afin d'appliquer nos outils de recherche. Au début c'était des observations avec l'éducatrice qui prenait en charge l'atelier des adultes atteints d'IMC, qui s'occupaient de leurs travaux de macramé.

Grâce aux observations attentives avec une prise de notes et les questions posées aux psychologues ainsi que l'éducatrice, nous avons pu choisir notre groupe de recherche composé de quatre cas. Progressivement nous avons élaboré un guide d'entretien et choisi le test du RORSCHACH pour nous faciliter la récolte d'information par une étude approfondie des cas.

Ensuite, nous avons réalisé notre pré-enquête avec un adulte âgé de 24ans, qui est diagnostiqué d'une infirmité motrice cérébrale, nous lui avons posé quelques questions qui figurent dans notre guide d'entretien semi-directif avec sa langue maternelle. À la fin, nous lui avons fait passer l'épreuve du Rorschach. La passation a été faite individuellement, et nous a permis d'enrichir notre guide d'entretien.

Le but de notre recherche est de cerner la perception des personnes avec IMC qu'ont sur leurs corps.

4- Le groupe de la recherche :

Après les observations effectuées, nous avons pu choisir notre groupe de recherche qui se compose de 04 cas atteints tous d'une IMC, et d'un degré plutôt varié. Dans ce qui suit, nous allons présenter les critères sur lesquelles nous nous sommes basés afin de choisir un groupe de recherche homogène et qui correspond le mieux pour notre étude.

4-1 Les critères de sélection :

Pour effectuer notre recherche, nous nous sommes basées sur deux types de critères afin de choisir un élément du groupe de recherche de la pré-enquête. Ces critères sont les suivants :

4-1-1 Les critères d'inclusion :

Infirmité motrice cérébrale : Toutes les personnes de notre groupe de recherche sont atteintes d'une infirmité motrice cérébrale.

Les capacités langagières : nous nous sommes amplement basées sur les capacités d'expression de notre groupe de recherche, car, à l'égard de nos outils d'investigations, il est important qu'ils aient des capacités d'expression assez développées.

4-1-2 Les critères d'exclusion :

Le niveau instructif de ces adultes : nous n'avons pas pris en considération le niveau d'instructions des personnes participantes à notre recherche.

Le type d'IMC : nous n'avons pas pris en considération ce critère, car le but de la recherche est de connaître la perception de l'image du corps pour tous les types des personnes touchées par l'IMC.

La scolarisation : elle n'est pas prise en considération, car les adultes choisis pour notre recherche certains ont pu être intégrés à l'école, alors que d'autres non.

Le sexe du sujet : Dans cette recherche nous avons pris les deux sexes, par conséquent, nous n'avons pas pris ce critère en considération.

4-2 Les caractéristiques du groupe de la recherche :

Dans le tableau suivant, nous essayons d'illustrer les caractéristiques du groupe de notre recherche :

Prénom	Age	Type d'IMC
Youcef	25ans	Hémiplégie
Adam	23ans	Diplégie
Ayoub	31ans	Triplégie
Hadjer	18ans	Hémiplégie

Tableau n01 : les caractéristiques du groupe de la recherche.

NB : afin de respecter l'anonymat des participants et la déontologie de la recherche en psychologie, les prénoms qui figurent dans ce tableau ont été changés.

5- Les outils de la recherche :

Dans ce qui suit, nous allons présenter les outils et les instruments que nous avons utilisés dans notre travail de recherche. « On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont il va se servir le chercheur pour recueillir les données, qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observations, ou de mesures prétendues scientifiquement acceptables, et réunissant la qualité d'objectivité, et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques » (Aktouf O., 1987, P.81)

De ce fait, nous avons opté pour l'entretien clinique car c'est un outil d'investigation qui permet un recueil complet d'information, ceci en régénérant un aspect relationnel fiable et sûr aux cas de la recherche. Ensuite nous nous servirons du test projectif RORSCHACH afin de compléter notre entretien.

5-1 L'entretien clinique :

L'entretien clinique est un échange de parole entre plusieurs personnes sur un thème donné. L'entretien utilisé par des psychologues cliniciens vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se concentrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation (BENONY H., 1999, P.11). L'entretien est une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, émotions, expérience) Témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique où un sujet adresse une demande à un clinicien (de l'aide, un avis, une prise en charge) cette position dite clinique est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la centration sur le sujet, la non directivité, l'empathie). (PEDIENILLI J.P. 2006. P. 48-49).

5-1-1 L'entretien clinique semi directif :

Dans le cadre de notre recherche, nous avons sélectionné l'entretien semi-directif comme instrument de collecte de données car il nous permettra de poser des questions bien précises et sélectives tout en laissant nos cas parler et s'exprimer librement dans le but d'un tirage d'information bien aisé.

L'entretien clinique semi-directif ou l'entrevue semi dirigé est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes

(GENEVIERE I., 2010, P.6). L'entretien semi-directif correspond à une série de questions ouvertes, préalablement établies par un guide d'entretien. Dans ce cas c'est à l'enquête de construire sa penser autour de l'objet de recherche, le chercheur le guide pour but qu'il ne sort pas de l'objet de l'étude. C'est l'entretien le plus souvent utiliser sur le terrain il permet d'obtenir des informations et des avis sur les thèmes probablement établis, de comprendre l'opinion de l'enquête d'approfondir des points importants mais aussi de mettre en place une démarche participative. (HABCHI K., 2011, P.24)

Comme les chercheurs et théoriciens l'indique, l'entretien semi-directif est toujours associé à un guide d'entretien. Celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ses axes porte un titre ou une thématique et ouvrent sur un certain nombre de questions relatives à chaque axe.

5-1-2 Le guide d'entretien :

C'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de formulation des questions de recherche (pour-soi) en questions d'enquête (pour les interviewés). Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude (BLANCHET A., 2007, P.58). Il est structuré selon le type d'entretien soit entretien directif, semi directif ou non directif.

Donc le guide d'entretien est un moyen de récolte de données dont le chercheur classifera l'ensemble de thème dont il souhaite aborder, et ceci sous forme de question.

Notre guide d'entretien comporte 34 questions réparties en 5 axes :

Le premier axe intitulé « renseignements générales sur la personne », nous avons tenté de connaître nos cas dans leurs spécificités, et de leurs donner la chance de parler sur ce qui les intéressait dans leur vie comme passion et famille.

Le deuxième axe dénommé « renseignements sur la personne lors de son intégration au centre », cet axe consiste à connaître l'aspect intégratif des adultes au centre.

Le troisième axe renvoie aux « renseignements sur la santé de la personne », nous avons essayé à partir de cet axe de connaître le côté médical de l'atteinte de ces adultes.

Le quatrième axe s'intéresse à « l'image du corps », après tout, notre recherche s'intéresse principalement à l'image du corps chez les personnes avec IMC.

Finalement, le cinquième axe accède aux « projets d'avenir », nous essayons par ceci d'assavoir qu'en pensent-ils sur leurs avènements, et s'ils pensent quitter le centre, et de programmer une autre accoutumance.

6- Le RORSCHACH :

A l'origine le test du RORSCHACH a été inventé par HERMANN RORSCHACH en 1920, ce test se compose de 10 planches de taches d'encre qui permettent d'établir un diagnostic psychologique de la personnalité, ainsi qu'à saisir la dynamique d'ensemble d'une personnalité, qu'elle soit normale ou pathologique, et aussi bien chez l'enfant, adolescent et adulte.

Sa sensibilité, sa fidélité, sa validité sont si précises que sa finesse rend possible la détection des signes discrètes révélant la présence cachée de processus qui avaient échappé à l'observation et à l'entretien clinique.

Ce test aboutit à une estimation dynamique des ressources actuelles et latentes du sujet, ainsi que ses points vulnérables, bilan sur lequel peuvent prendre solidement appui un conseil psychologique, une indication psychothérapeutique, un pronostic évolutif. (CHABERT C., 2012)

La consigne du RORSCHACH est « Je vais vous montrer des planches; dites-moi à quoi elles vous font penser, ce que cela pourrait être ». Certains praticiens ajoutent: « Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, dites tout ce qui vous vient à l'esprit en regardant les planches.»

Une fois la consigne énoncée et la première planche présentée, le clinicien observe et note ce qui se passe de la manière la plus exhaustive possible (manipulation du matériel, comportement...). Il reporte également les temps de latence (temps écoulé entre la présentation de la planche et la première réponse effective donnée en dehors de commentaires, silences intra-récit), et le temps passé devant chaque planche. Le discours du sujet est retranscrit sans aucune correction de langage, ni rajout de mots manquants, ni soustraction des réponses données puis annulées, en notant les réponses données mais également les questions que le sujet se pose ou pose au clinicien, les commentaires, les exclamations et les apartés qu'il fait.

Moment second dans le temps de passation est l'enquête, le psychologue reprend la consigne : « Nous allons maintenant reprendre les planches ensemble ; vous essaieriez de me dire ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué ». On peut ajouter: «S'il vous vient d'autres idées, vous pouvez tout à fait m'en faire part ». Cette étape consiste à reprendre les réponses spontanément données par le sujet à chaque planche, afin d'en cerner la localisation, d'en déterminer les facteurs constituants et d'en évaluer le poids respectif, ainsi que le contenu. Là encore, la qualité de la prise de notes importe : elle doit être fidèle aux commentaires du sujet et aussi détaillée, explicite et précise que possible.

L'enquête nécessite de prendre du temps et implique une plus grande participation du clinicien qui intervient davantage, permet en effet de montrer de nouveau les planches éventuellement refusées et de voir si ce «refus» persiste ; elle est le lieu potentiel de commentaires supplémentaires, de reprises et de descriptions nouvelles, de nouvelles réponses, de critiques, de non-reconnaissance spontanée et se conclut par l'épreuve des choix, c'est-à-dire, demander au sujet d'en choisir deux planches qui lui plaisent, tout en demandant pourquoi, ensuite lui demander une autre fois deux planches qui lui déplaisent. (CHABERT C ET AL, 2020. P95-98)

Concernant les planches, elles sont composées de taches d'encre dont chacune contient sa propre signification et interprétation, de ce fait, Didier Anzieu formule des hypothèses concernant le contenu symbolique latent réveillé par chaque planche:

Planche 1 : angoisse de la perte de l'objet.

Planche 2 : angoisse devant la scène primitive.

Planche 3 : angoisse devant la situation œdipienne.

Planche 4 : angoisse devant le surmoi paternel.

Planche 5 : angoisse devant l'imaginaire de la mère phallique.

Planche 6 : angoisse devant la bisexualité.

Planche 7 : angoisse de séparation de la mère. Planche

8 : Angoisse devant les étrangers à la famille. Planche

9 : angoisse devant la pulsion de mort.

Planche 10 : angoisse de morcellement. (BAUDIN M, 2007, P52)

6-2 Les facteurs du RORSCHACH :

Pour faire l'analyse du rorschach, il va falloir passer d'abord par l'étape de la cotation, et pour ceci, il existe les facteurs pour effectuer cette étape et qui sont comme suite :

Ces facteurs sont repartis en 4 dimensions :

6-2-1 Les localisations : ce sont des réponses qui nous renseignent sur le type d'appréhension du sujet, c'est-à-dire sur sa façon de percevoir, d'entrer en contact avec la réalité, sur son rapport au monde. C'est la réponse de la question où et quelle partie de la tache a été utilisé. Dans cette dimension, il existe 04 modes de perceptions qui sont :

6-2-1-1 Les réponses globales qui sont des réponses portées sur la tache entière.

6-2-1-2 Les réponses en détail qui est porté sur une partie facilement isolable de l'ensemble.

6-2-1-3 Les réponses petits détails sont des réponses dans des localisations plus rarement perçues.

6-2-1-4 Les réponses détails blanc sont des réponses qui portent uniquement sur une partie blanche située à l'intérieur ou à l'extérieur de la tâche.

6-2-2 Les déterminants : ce sont des réponses aux questions comment et pourquoi, et qui s'agissent d'une caractéristique qui appartient au stimulus tel que la forme, couleur ou estompage. Dans la catégorie des déterminants, on retrouve 05 modes :

6-2-2-1 Les déterminants formels : on cote F quand seule la configuration de la tache ou d'une de ses parties a été à l'origine de la réponse. Il existe 03 qualités des F :

6-2-2-1-1 Les F+ correspondent aux données fréquentes et courantes

6-2-2-1-2 Les F- sont des réponses inadéquates à la configuration du stimulus.

6-2-2-1-3 Les F+- ce sont des réponses dont le contenu ne permet pas une évaluation par l'examineur soit parce que le sujet est incapable ou n'éprouve pas le besoin de préciser, soit le contenu est flou.

6-2-2-2 Les déterminantes kinesthésies : ce sont des réponses où il y a attribution d'un mouvement ressenti à une forme. Ce sont des éléments non présents et purement projectif, une illusion de voir bouger.

6-2-2-3 *Les réponses couleur* : ce sont des réponses qui font réagir le sujet quand la couleur détermine sa réponse.

6-2-2-4 *Les réponses basées sur les valeurs de clarté et d'ombre* : cet élément est reparti en 02 :

6-2-2-4-1 *L'estompage* : on cote E lorsque la réponse a été déterminé par un aspect nuancé des couleurs (grises surtout), par leur dégradé ou l'impression tactile, ou la profondeur ou la transparence.

6-2-2-4-2 *Les clair-obscur* : on cote CLOB lorsque l'étendue de la tâche qui doit être importante, ou l'effet massif du caractère uniformément sombre d'une surface, ou bien un sentiment de peur, de menace, d'angoisse.

6-2-3 Les contenus : ce sont des réponses à la question quoi, qui peuvent se présenter sous formes des éléments, fragment, géographie, botanique...

6-2-4 Les facteurs additionnels :

6-2-4-1 *Les banalités* : ce sont des contenus qui apparaissent une fois sur 6 dans une population donnée pour une même localisation. Elle nous renseigne sur la capacité d'adaptation intellectuelle dans la mesure où elle participe à la manière de concevoir de la collectivité.

6-2-4-2 *Les refus* : c'est lorsque le sujet refuse une planche ou qu'il ne fournit pas de réponse cotable.

6-2-4-3 *Les chocs et équivalents de choc* : ce sont des perturbations du processus associatif entraînant une désorganisation de la pensée.

6-3 Le psychogramme : une fois la cotation terminée, on recense toutes les réponses en regroupant les catégories sous forme de données numériques constitués selon des formules appropriées qui seront comparées aux données normatives pour enfin pouvoir faire l'analyse d'un protocole.

7- Le déroulement de la recherche :

Après avoir fait plusieurs recherches concernant notre thématique, il s'est avéré que le groupe adéquat pour notre recherche se trouve au sein de l'association d'aide des inadaptés mentaux au niveau de la wilaya de Bejaia à Sidi Ali Lebhar.

A la rencontre de nos sujets de recherche, nous nous sommes présentée comme étant des stagiaires en psychologie clinique, et que nous sommes entrain de préparer un mémoire de master 2.

Tout d'abord nous avons commencé par l'observation des sujets qui a duré trois semaines afin de pouvoir sélectionner les cas compatibles avec notre recherche. Nous avons choisi quatre cas qui étaient aptes à collaborer et qui répondaient à nos critères de sélection. Une fois la période d'observation terminée, nous avons entamé les entretiens avec la langue maternelle (le kabyle), la consigne était claire, en les rassurant que toutes réponses resteront confidentiel. Et ceci dans un cadre bien défini : chacune de nous, séparément, avait appliqué l'entretien dans un bureau différent, chacune avait accueilli un sujet dans son propre bureau.

L'entretien a durée 40 minutes. Une fois installé, nos cas se sont montrés très coopératifs et ont répondu soigneusement à toutes les questions de l'entretien. À la fin des entretiens, nous leurs avons expliqué qu'il y aura une autre séance pour la passation du test, ils nous ont confirmé leur engagement.

La semaine d'après les entretiens, le moment est venu pour la passation du test RORCHACH, nous avons opté pour la même procédure, qui consiste à leur expliquer la consigne en kabyle. La durée du test était entre 20 min et 40 min.

En dernier lieu, nous les avons remerciés pour leur participation en leurs confirmant que leur aide était propice vers l'accomplissement de notre recherche.

8- Les difficultés de la recherche :

- Comme toute recherche scientifique, il existe plusieurs obstacles qui pourraient restreindre le déroulement de la recherche. Dans ce qui suit, nous allons exposer ceux dont nous avons rencontré durant notre démarche :

- L'indisponibilité des ouvrages concernant l'image du corps, ou, l'ancienneté de ces derniers.
- La rareté des cas, ce qui a fait que le groupe de recherche soit d'un nombre restreint et non pas varié.
- La plupart des cas présentant l'IMC avaient des troubles du langage, de ce fait, il nous a été difficile de sélectionner les cas.

Pour conclure, il est primordial de bien choisir les outils de récolte de données pour rendre compte le plus fidèlement les réalités psychiques des sujets interrogés et d'en faciliter l'analyse et la discussion des hypothèses qui seront le contenu du chapitre suivant.

***Chapitre 04 : présentation et analyse
des cas et discussion des hypothèses.***

Préambule : le présent chapitre comportera les présentations des cas ainsi qu'auxrésultantes de la passation du test Rorschach. Il inclura également la discussion des hypothèses.

Présentation des cas :

1- Présentation du cas n01 :

Youcef est jeune homme adulte âgé de 25ans. Il est cadet d'une fratrie de 5 enfants, orphelin de père et ayant une mère sans profession.

Youcef a été intégré au centre de sidi ali lebhar à l'âge de 18 ans, mais avant ceci, il est d'abord passé par celui d'iheddadene à l'âge de 16ans. Cependant il nous a confié qu'il a bénéficié d'une scolarisation dans une école étatique mais qui s'est achevé en 4eme année primaire à cause de son échec scolaire et son épilepsie.

Youcef nous a parlé de sa famille avec qui il s'entend très bien avec tous ses membres et surtout avec sa mère dont il aime passer tant de temps à lui parler, il la considère comme sa confidente et lui raconte tous ses secrets.

Youcef est un type très calme et méfiant, très attentif mais parfois nerveux et présente des moments de colère quand on ne partage pas son avis. Il passe son temps à travailler dans l'atelier du centre, avec ses deux amis (qui sont également nos cas). Du même, sortir se balader avec eux hors du centre. A la maison, il passe son temps à jouer aux jeux vidéo sur son téléphone, regarder des films, écouter de la musique et enfin, passer du temps avec sa famille, en particulier sa mère.

Ce dernier nous a révélé quelques détails sur son enfance et nous dit qu'il a bien aimé son enfance et parfois il préfère demeurer enfant et qu'il ait beaucoup de nostalgie, sans trop nous expliquer pourquoi.

Concernant son handicap et sa maladie, Youcef nous a dévoilées que la cause de son IMC était une méningite à l'âge d'un an ; sa mère lui a expliqué qu'il était un bel enfant, et que toutes les autres femmes l'appréciaient, une fois, une femme de sa famille est venue leur rendre visite, elle l'a vu et l'a tenu dans ses bras sans cesser de répéter à quel point il était beau. Dès le départ de cette femme, une fièvre pendant 3 jours l'attouche, et celle-ci est devenue la cause de son handicap.

1-2 Résumé de l'entretien avec Youcef :

Concernant l'intégration de Youcef au centre des adultes, ce dernier n'a pas aimé et a mis du temps pour s'adapter avec les autres adultes, ainsi avec le personnel du centre, et ceci est dû à sa personnalité méfiante et évitante, tant qu'il ne connaît pas la mentalité, et qu'ils soient étrangers pour lui, il prend du temps pour bien observer les autres pour enfin décider s'il va tisser des liens avec eux ou non en cause de la peur du rejet.

Avec le temps il s'est bien familiarisé avec les autres et ne pense d'eux que du bien « macha'allah, on est comme une famille ». D'ailleurs, ses amis et son éducatrice sont les éléments qui le motivent à se présenter chaque jour au centre.

Concernant sa santé, Youcef est atteint d'une hémiplégié, et a été diagnostiqué à l'âge de 2ans par un médecin : « tout mon côté droit est touché et ne fonctionne pas et je ne peux rien effectuer avec ».

De ce fait, Youcef nous confirme qu'il n'a pas vraiment des incapacités importantes en exécutant certaines activités quotidiennes grâce à son côté gauche sain. Mais il rajoute qu'il trouve une légère difficulté à serrer les lacets de ses chaussures, et de mettre son pantalon « je dois m'asseoir afin de porter mon pantalon, il m'est impossible de le mettre debout »

Cependant, il nous rajoute que c'est l'épilepsie qui le dérange plus que son handicap, car il ne peut pas rester seul à la maison, ou sortir dehors aisément par crainte d'une crise épileptique. Il ajoute qu'au début, en étant enfant, il était inobservant et sautait ses prises médicamenteuses, mais maintenant adulte, il ne le fait plus, et applique attentivement ce que son médecin lui indique à faire malgré les effets indésirables qu'il présente à cause de son traitement antiépileptique ainsi qu'aux crises épileptiques.

D'après lui, il ne se préoccupe pas trop de son handicap, car le plus important pour lui c'est, être accepté tel qu'il le soit, lui indique que la personne est bonne, car les autres qui ne l'acceptent pas ne sont pas sains d'esprit. Il nous a démontré fortement qu'il veuille trouver sa moitié qui ne n'aura pas de soucis avec son handicap.

Mais parfois il ressent un peu de tristesse car il pense que c'est injuste le fait de ne pas pouvoir travailler et de se marier facilement à cause du regard que porte les autres sur son handicap. Il nous a clairement dit que le mot handicapé l'attriste autant.

Au début, Youcef n'a pas accepté son handicap car il pensait être seul, mais dès son arrivé au centre il a vu qu'il n'y était pas réellement et s'est adapté à sa maladie au point qu'il ne se sente presque pas différent des personnes saines et ne retrouve aucune difficulté à s'introduire aux autre en tant qu'une personne porteuse d'IMC.

En ce qui concerne l'image de son corps, Youcef est du genre à se contempler au miroir, particulièrement le visage, il regarde son corps aussi mais seulement quand il mette de nouveaux vêtements.

Il nous rajoute qu'il adore sortir avec ses amis se balader, ou même rester avec les jeunes de son quartier qui ont une attitude exemplaire avec lui, et ne cesse de lui dire de quitter le centre et qu'il n'en a pas besoin de s'y intégrer car ils le retrouvent normal et devrait commencer le travail afin de construire son avenir.

En dernier, Youcef nous surprend quand il nous déclare qu'il ne veut rien changer s'il avait une baguette magique, car comme ça, il connaît bien qui l'aime comme il est, et ceux qui ne l'aiment pas.

A partir de l'entretien réalisé avec Youcef ainsi qu'aux observations faites durant la période du stage, ce dernier s'est montré très calme, éveillé, mais un peu évitant.

Il a une bonne entente avec ses camarades d'atelier, de même, avec le personnel du centre. Durant l'entretien, il n'a pas hésité de partager avec nous les moindres détails sur sa vie, mais nous avons remarqué qu'il était un peu hésitant, et déviait quand nous lui parlons sur son handicap, malgré ses réponses assertives que ce dernier ne le dérangeait pas autant que son trouble épileptique.

1-3 Présentations des données du Rorschach :

<i>Texte</i>	<i>Enquête</i>	<i>Cotation</i>
<p>P I: 13''</p> <p>1-d lfaracha... daya. (Papillon... c'est tout). 29''</p>	Toute la planche (à cause de la forme)	G F+ A BAN
<p>P II: 4''</p> <p>2-d l3ankabout. (C'est une araignée). 21''</p>	Partie rouge bas (à cause de la forme)	D F+ A
<p>P III: 10''</p> <p>3-d l3ankabout wayi daghene, wayi d chbak ynes, d ssem. (C'est une araignée, et ça c'est ses fils (الشباك)) 36''</p>	-Les deux parties noireslatérale (à cause de la forme)	D FE- A → Clob
<p>PL IV: 18''</p> <p>4-i3erqiyi amek ismis lhayawane ayyi, wiyi d imezzoughen ynes. (Je ne me rappelle pas du nom de cet animal...ici ce sont ses oreilles). 49''</p>	-Partie médiane inferieure (à cause de la forme)	D F+- A

<p>PL V: 15''</p> <p>5-d aytit. (Un oiseau). 37''</p>	<p>-Toute la planche (à cause de la forme)</p>	<p>G F+ A BAN</p>
<p>PL VI: 17''</p> <p>(Je ne sais pas) 36''</p>		<p>/</p>
<p>PL VII: 15''</p> <p>-(Rien ne me vient en tête... aucune idée) 30''</p>		<p>/</p>
<p>PL VIII: 14''</p> <p>6- D chedjra tayyi. (C'est un arbre)</p> <p>7-wayyi ittali, ira3iyi amek ismis, d lhayawane. (Celui-là est en train de monter, je ne sais pas comment il s'appelle, c'est un animal). 54''</p>	<p>-Gris en haut (à cause de la couleur)</p> <p>-Partie rose latérale (à cause de la forme)</p>	<p>D F+BOT</p> <p>D Kan A</p>
<p>PL IX: 30''</p> <p>8- asmara atedmegh akka s lmeqloub, itvaned d lhit.</p>	<p>-Les 2 D verts latéraux vus ensemble (à cause de la forme)</p>	<p>D F+- ARCH</p>

1-4 Psychogramme :

R 11	G 2	F 9	A 8	F% 82%
TT 7'42''	G18%	F+ 5	Arch 1	F+% 72
T/R 40''	D 8	F- 1	Bot 1	F% élargie
T/LAT/R	D72%	F+- 3	Symb 1	100%
11''	Dbl 1	FE- 1		F+ élargie
MA G D Dbl	Dbl 9%	Kan 1		77%
TRI 1K/0C				A 73%
FC 1K/0,5E				I/ANG 73%
RC 54%				Ban 2
				Ban 18%

Tableau n03 : résultats quantitatifs.**1-5 Analyse des résultats du Rorschach :****1-5-1 Impression générale :**

Nous constatons à travers le protocole du Rorschach de Youcef, la présence d'une inhibition qui apparaît dans le nombre des réponses R= 11, un chiffre inférieur à la norme proposé par Didier Anzieu et Catherine Chabert R=30 pour adulte. Ceci peut être le résultat d'une carence fantasmatique, ou le sujet accorde peu d'importance au matériel.

Nous remarquons aussi la présence d'une pensée peu variée qui s'exprime dans la catégorie des contenus tels que : animal, botanique, architecture, symbole.

1-5-2 Les modes d'appréhension :

D'après le protocole de Youcef, nous remarquons qu'il n'appréhende pas la réalité extérieure dans sa globalité, car les G=18%, un score inférieur à la norme (20%-30%). Tandis que les réponses D sont supérieures à la norme D=72% (norme : 60%-70%), une présence

très importante ce qui indique une difficulté à appréhender les situations de façon globale et synthétique, et l'accrochage aux détails.

Il a traité en G simples les planches I et V adaptées à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes positives (F+).

Concernant les D, ils sont associés à des bonnes formes dans la deuxième, huitième, et neuvième planche et sont associés à des formes négatives dans la planche 10 associé à un contenu animal.

1-5-3 Les déterminent :

Le pourcentage des déterminants formels donnés par le sujet est (F%=82%) qui dépasse la norme (50à70%). Ce pourcentage est supérieur à la norme, ce que désigne selon C. Chabert, D. Anzieu l'indication d'un étouffement de la vie affective et pulsionnelle, ou encore des tendances dépressives, les F+% dominant le protocole (F+% =72%) ce qui montre que Youcef a un contrôle rigide de soi et de sa réalité intérieure. (CHABERT C et AL, 2020)

Le F% élargi est élevé (100%) indique une tendance à étouffer la vie affective en utilisant principalement des mécanismes rationnels pour la contenir.

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=2), elles témoignent l'insuffisance de l'insertion sociale.

Cependant, à propos des contenus, nous retrouvons que le sujet a utilisé un contenu peu varié : A% 73% qui est très élevé par rapport à la norme [35-60]. L'absence du contenu humain H%0, présence du contenu botanique, architecture et symbole.

1-5-4 Les réactions sensorielles :

Nous soulignons que le protocole est vide, et ne contient aucune repenses sensorielles claire.

Nous soulignons que Youcef ne peut traiter toutes les situations, car il a refusé deux planches ; la planche VI angoisse devant la bisexualité et la planche VII angoisse de séparation de la mère.

2- Présentation du cas n02 :

Adam est un jeune homme âgé de 23ans, c'est le fils aîné d'une famille qui se compose de 5 membres. Il a été d'abord intégré dans le centre des inadaptés mentaux à ihaddaden à l'âge de 06ans, puis dans celui de sidi Ali lebhhar pour adulte à l'âge de 18ans.

Adam est une personne discrète, calme et posé, mais au même temps une personne très nerveuse qui se préoccupe autant de son avenir. Il adore la mécanique et les camions surtout, il ne rate jamais une sortie en camion avec ses oncles.

Adam adore la musique qui converse les questions de vie, et préfère se relaxer tout en gardant l'esprit ouvert à dissenter. Il aime aussi sortir se balader avec ses copains, ou même passer des moments en famille.

Adam nous confirme qu'il soit né avec son handicap, ses jambes étaient normales et bien tendu au début de sa vie, mais ce n'est qu'à l'âge de 3-4 ans que ces dernières commencent à se croiser et prennent la forme de X.

2-1 Résumé de l'entretien avec Adam :

Concernant la scolarité, Adam n'a jamais intégré l'école, il nous a confié qu'il aurait aimé avoir eu une opportunité de scolarisation, mais malheureusement, son handicap l'a privé, mais de l'autre côté, ceci ne l'a pas empêché de faire des bêtises étant petit quand nous lui avons demandé de nous parler de son enfance : « c'était un plaisir, je ne me préoccupais de rien, je mange, je dors, je joue, sans oublier les bêtises que je faisais ».

Cependant, relativement à son insertion au sein du centre, il nous a révélé que c'était plutôt difficile pour lui, et qu'il pensait à ne plus se présenter. Progressivement, il a recommencé à faire ses bêtises, et de ce fait il a pu se familiariser avec le personnel du centre, et depuis, il ne pense que du bien sur son éducatrice, les psychologues et tous les membres : « je trouve que ça va bien, je me lève le matin, je me présente au centre, je fais mon travail de macramé, à 15h on repart, c'est mieux que de rester seul à la maison ».

Adam nous parle ensuite de son handicap qui touche ses membres inférieurs qui soient sous forme de X. Quant aux membres supérieurs, le seul souci qu'il rencontre c'est les tremblements musculaires, c'est-à-dire, ses mains tremblent et ne puisse effectuer des mouvements délicates en nous précisant que sa main gauche est plus touché que la droite : (la gauche tremble à 100%, mais la droite moins, environ 50%).

Conséquemment, il nous dit qu'il est autonome et n'a pas besoin d'aide pour faire quoi que ce soit, à part pour se servir à manger. Malgré ceci, il ne baisse pas les bras et essaye quand même de faire une auto-rééducation : « j'ai essayé une fois de préparer un café, je l'ai renversé un peu haha, mais j'ai réussi à le faire ». Il nous rajoute qu'il a un trouble du colon et qu'il soit très vigilant à ce qu'il mange par crainte d'en souffrir.

Concernant sa vision de la vie, Adam est plutôt triste, il trouve que son handicap le prive d'une vie dite « normale » : « si j'étais normal, je serai à l'université à mon âge ou bien travailleur, mais la vie est ainsi, chamboulée, personne n'aide l'autre, chacun pour soi ».

A propos de l'image du corps d'Adam il nous confie qu'il s'est adapté : « 23ans, je n'ai aucun choix à part de m'adapter ». En parallèle, il se sent triste étant porteur de ce handicap car les gens ne comprennent pas que c'est divin, et croient qu'il soit fou à cause de ses tremblements musculaires, de ce fait, il a des difficultés à se présenter aux personnes inconnues par crainte de leurs attitudes vis-à-vis de lui, en particulier les femmes âgées qui lui disent « meskine » comment va-t-il vivre ?

Il nous révèle aussi que quand il était enfant, il pleurait à chaque fois par désir de bien pouvoir marcher comme toutes les autres personnes, mais maintenant il accepte ceci car c'est venu du bon dieu et qu'il ne puisse fuir à cette réalité : « je dois m'ajuster à ceci, car je sais que je vais vivre avec ce handicap jusqu'à la fin de mes jours, donc j'essaie d'oublier cette histoire ».

Par rapport à la question du miroir, Adam s'est montré agressif vis-à-vis de lui-même, en nous disant que le miroir était son ennemie et qu'il déteste se voir, il le fait uniquement le matin en se préparant.

En guise de la question de la baguette magique, Adam souhaite qu'il puisse changer cette vie en paradis, et que tous les êtres humains puissent vivre en paix et unis, ainsi qu'il souhaite se changer et devenir normal et éliminer son handicap, et par la suite, s'acheter un camion.

Enfin, Adam souhaite pouvoir trouver un travail qui ne sous-estime pas ses compétences physiques, tel qu'une supérette ou un kiosque pour pouvoir enfin se marier.

Adam nous surpris qu'il ne désire pas bénéficier d'une intervention chirurgicale, car il a la foi en Dieu, et puisque Dieu l'a créé ainsi, il compte rester ainsi.

A partir de l'entretien fait avec Adam, ce dernier s'est montré coopératif et n'a pas hésité de partager avec nous la moindre information demandée.

C'est une personne qui s'est démontré très curieuse à plusieurs reprises, mais qui soit touché amplement par son handicap malgré l'effort d'acceptation qu'il confronte chaque jour.

2-2 Présentations des données du Rorschach :

<i>Le texte</i>	<i>L'enquête</i>	<i>Cotation</i>
<p>PI: 18''</p> <p>1-wayi d afus, sine ayyi. (C'est deux là, c'est une main, ces deux...)</p> <p>55''</p>	<p>-Petites saillies médianes supérieurs (à cause de la forme).</p>	<p>D F+ Hd</p>
<p>PL II: 12''</p> <p>2-papillon...daya kene. (papillon...c'est tout)</p> <p>57''</p>	<p>-Rouge bas (à cause de la forme)</p>	<p>D F+ A Ban</p>
<p>PL III : 40''</p> <p>3-d l3ebd. (Un être humain)</p> <p>4-wayyi d 1 papillon. (C'est un papillon,ici...)</p> <p>5-dayi d lhuth...ichat, itqelliq...amdinigh, awid</p>	<p>-Toute la partie noire coté avec ou sans panier (à cause de la forme)</p> <p>-Rouge médian (à cause de la forme).</p>	<p>D F+ H</p> <p>D F+ A Ban</p>

<p>ankemmel.</p> <p>(Ça, c'est un poisson...c'est bon, il me stresse...tu sais quoi, donnes moi on continu).</p> <p>1'24''</p>	<p>-Partie inferieur de côté (à cause de la forme).</p>	<p>D Fclob A.</p>
<p>PL IV 27''</p> <p>6- (خريطة الجزائر)</p> <p>7-wayi d lboum</p> <p>(c'est un hibou)</p> <p>56''</p>	<p>-Toute la planche (à cause de la forme)</p> <p>-Partie médiane inferieure (à cause de la forme)</p>	<p>G F+ GEO</p> <p>D F+ A</p>
<p>PL V : 4''</p> <p>8-hmm...papillon... daya.</p> <p>(hmm... un papillon, c'est tout).</p> <p>56''</p>	<p>-Toute la planche (à cause de la forme)</p>	<p>G F+ A Ban</p>
<p>PL VI: 4''</p> <p>9-fertotto...our ya3djiventara.</p> <p>(Un papillon de nuit...ces planches me déplaisent)</p> <p>1'18''</p>	<p>-Partie supérieure (à cause de la forme)</p>	<p>D Fclob+ A</p>
<p>PL VII: 11''</p> <p>10-taqchicht en face</p>	<p>-Tiers les deux ensemble (à</p>	<p>D K H sym</p>

<p>taqchicht.</p> <p>(Une fille en face une fille...c'est tout)</p> <p>11-zaregh daghene l papillon ou3limgharaiwesh.</p> <p>(Je vois un papillon aussimais je ne sais pas pourquoi)</p> <p>1'02''</p>	<p>cause de la forme)</p> <p>- Tiers entier (à cause de laforme).</p>	<p>D F+- A</p>
<p>PL VIII: 7''</p> <p>12-wayi d lhayawane. (C'est un animal)</p> <p>13-wayi chghel d lerequin. (Ça c'est comme unrequin)</p> <p>1'05''</p>	<p>-partie rose latérale (àcause de la forme)</p> <p>-Gris en haut (à cause de la forme)</p>	<p>D F+ A</p> <p>D F- A</p>
<p>PL IX: 39''</p> <p>14-wayyi d aytit, dl3osfor. (c'est un oiseau, عصفور).48''</p>	<p>-Brun en haut (à cause de la forme)</p>	<p>D F+ A</p>
<p>PL X : 24''</p> <p>15-zaregh l3osfor. (Je vois un oiseau).</p> <p>16-llant lahwayedj chghel</p>	<p>-Jaune médian en bas(couleur+forme)</p> <p>- Toute la planche (à cause</p>	<p>D F+ A</p> <p>G FE PAYS</p>

g lqa3 n lebher. (Il y a des choses dans les profondeurs de la mer). 50''	de la couleur).	
---	-----------------	--

Tableau n04 : protocole Rorschach du deuxième cas

Choix des planches :

Choix+ :

PL X: t3edjviyi, techvah chwya, tes3a l3osfor, daya kene.

P III: akka, dmeghtid kene.

Choix-:

P I et PL VI : ou3limghara... our ya3djiventara kene.

2-3Psyncogramme :

R 16 TT	G 3	F12	A 11	F% 75%
10'18''	G19%	F+10	H 2	F+% 87%
T/REP 1'	D13	F- 1	Hd 1	F% élargi 100%
T/LAT/R 11''	D81%	F+- 1	Geo 1	F+% élargi 91%
MA G D		FE1	Pays 1	A 69%
TRI 1K pour 0CFC		FClob 2		H 19%
0K/0,5E		K 1		I/ANG 87%
RC 31%				Ban 3
				Ban 19%

Tableau n05 : résultats quantitatifs.

2-4 Analyse des résultats du Rorschach :

2-4-1 Impression générale :

Nous constatons à travers le protocole du Rorschach de Adam, la présence d'une pauvre productivité qui apparaît dans le nombre des réponses $R=16$, un chiffre inférieur à la norme proposé par Didier Anzieu et Catherine Chabert $R=30$ pour adulte. Ceci peut être le résultat d'une carence fantasmatique, ou le sujet accorde peu d'importance au matériel.

Nous remarquons aussi la présence d'une pensée variée qui s'exprime dans la catégorie des contenus tels que : animal, botanique, humain, partie du corps humain, paysage et géographie.

2-4-2 Les modes d'appréhension :

D'après le protocole d'Adam, nous remarquons qu'il n'appréhende pas la réalité extérieure dans sa globalité, car les $G=19\%$, un score inférieur à la norme ($20\%-30\%$). Tandis que les réponses D sont supérieures à la norme, $D=81\%$ (norme : $60\%-70\%$), une présence très importante, ce qui indique une difficulté à appréhender les situations de façon globale et synthétique, et l'accrochage aux détails.

Il a traité en G simples les planches IV et V et X adaptées à la réalité puisqu'elles sont toutes associées à des formes positives ($F+$).

Concernant les D , ils sont associés à des bonnes formes dans toutes les planches, mis à part dans la planche $VIII$, associé à un contenu animal.

2-4-3 Les déterminent :

Le pourcentage des déterminants formels donnés par le sujet est ($F%=75\%$) qui dépasse la norme ($50\text{à}70\%$), ce que désigne selon C. Chabert, D. Anzieu l'indication d'un étouffement de la vie affective et pulsionnelle, ou encore des tendances dépressives.

Les $F+\%$ dominant le protocole ($F+\%=87\%$) ce qui montre que Adam a un contrôle rigide de soi et de sa réalité intérieure. (CHABERT C et AL, 2020)

Concernant les deux réponses clob, nous l'interprétons comme un sentiment d'angoisse, de peur et de menace senti par le sujet.

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=3), elles témoignent l'insuffisance de l'insertion sociale.

Cependant, à propos des contenus, nous retrouvons que le sujet a utilisé un contenu varié : A% 69% qui est élevé par rapport à la norme [35-60]. H% 19% un pourcentage inséré dans la norme (15 à 20%), présence d'un contenu paysage, géographie.

2-4-4 Les réactions sensorielles :

Nous soulignons que le protocole est vide, et ne contient aucune réponse sensorielle claire.

3 - Présentation du cas n03 :

Ayoub est un jeune homme âgé de 31 ans, et est le fils aîné d'une famille qui se constitue des deux parents ainsi que deux frères et une sœur.

Il a intégré le centre d'inadapté mentaux pour enfants à l'âge de 11 ans, par la suite celui des adultes à l'âge de 18 ans.

Ayoub nous a dévoilé qu'il a déjà été scolarisé dans une école primaire (public), et que tout allait bien pour lui concernant les études jusqu'au jour où une fièvre lui provoque une IMC à l'âge de 6 ans.

Concernant sa famille et son entourage, il dit qu'ils sont liés, et adore passer beaucoup de temps avec eux.

Selon Ayoub, son père l'aime beaucoup et devient très sévère avec lui par crainte qu'un malheur puisse lui arriver; Ayoub insiste que son père n'aime pas qu'il fasse des choses sans qu'il le consulte, et par conséquent il le trouve un peu autoritaire.

Il aime passer son temps à travailler à l'atelier avec ses deux amis qu'il cite Youcef et Adam. Ayoub adore la plage et la nature, d'ailleurs il ne cesse de parler sur leur maison au bord de la mère, où il passe la plupart de son temps là-bas, seul, et il se débrouille impeccablement. Il nettoie la maison en écoutant la musique, qui occupe une place très importante pour lui, car il n'a pas l'impression que le temps passe, et par la suite, il devient

productif. Ayoub aime bien surfer sur les réseaux sociaux aussi, l'essentiel c'est qu'ils'occupe et qu'il ne reste pas sans rien faire.

Ayoub est une personne très nostalgique. Il aime de temps en temps contempler ces photos d'enfance où, selon lui, tout allait à merveille « parfois quand je regarde mes photos d'enfance, j'ai les larmes aux yeux » dit-il avec un sentiment de tristesse et de chagrin.

3-1 Résumés de l'entretien avec Ayoub :

Ayoub est un peu réservé à soi-même, calme, prend le temps afin de répondre aux questions avec précision, et très croyant, son cercle d'amis est restreint mais cela n'empêche pas qu'il maintient de très bonnes relations avec eux.

Tout se passait tranquillement pendant son enfance. Il se souvient même de sa scolarisation. Il aimait sortir jouer avec les autres enfants du quartier.

Sur le plan physique, Ayoub est atteint d'une hémiplégie, sa main et sa jambe gauche sont touchés, il a été diagnostiqué à l'âge de 6 ans suite à une forte fièvre comme nous l'avons mentionné dans la présentation du cas.

Il a affirmé que cette maladie l'empêche de mener une vie quotidienne stable, qu'il ne peut pas mettre ses vêtements et manger sans l'aide de quelqu'un d'autre.

Il dit qu'il se sent très triste en regardant ses photos d'enfance, et pour soulager sa peine il écoute de la musique.

Nous avons par la suite abordé le deuxième Axe de l'entretien dont les questions tournaient autour de son intégration au centre. Il nous avoue qu'il ne s'est pas adapté facilement et qu'il a pris du temps et se sentait renfermé comme dans une boîte « ouyi3jib-aralhal, amakken zdekheh n taboite ». Maintenant, il considère ce centre est comme un refuge : « asmara ad tekret sbah t3elmed anda atrouhet ». Quand nous lui avons demandé s'il se regardait au le miroir il dit qu'il le fait le matin seulement, en se préparant pour sortir: « khati,sbah ken asma ad tqa3idegh iman-iw ».

Nous lui avons demandé s'il pensait pouvoir bénéficier d'une chirurgie, et la réponse était qu'il y pense sérieusement et veut demander à son cousin qui réside en France de l'aider pour faire ses démarches. Concernant les projets d'avenir, Sofiane compte faire du commerce et s'acheter un kiosque.

Nous avons remarqué qu'il est très optimiste, et accepte sa maladie et souhaite même trouver une femme avec qui fonder une famille, et que sa blessure narcissique s'atténue avec le temps. Il essaie de voir le bon côté des choses et dans tous ses propos il rajoute toujours le mot « hamdoulah ».

3-3 Présentations des données du Rorschach :

<i>Texte</i>	<i>Enquête</i>	<i>Cotation</i>
PL I : 5'' 1-Tayi twaligh chghel d adrar. (Je vois une montagne). 20''	(Partie supérieure entière)	D F+ PAYS
PL II : 15'' 2-D lhit daberkané (Ça c'est un mur noir). 40''	(les parties latérales noires)	D F-C' ARCH
PL III : 23'' 3-Chghel wina...i3erqiyi ismis ak, normalement is3a issem...tizremt nel hit. (C'est comme...j'ai oublié son nom, normalement il a un nom, le petit lézard sur un mur). 1'	(les parties noir latérale)	D F- A
PL IV: 12'' 4-Chghel d lhayawan, normalement is3a issem. (Comme un animal). 52''	(partie médiane inférieure)	D F- A
PL V : 16'' 5-Chghel dafertotou. (C'est comme si que c'était un papillon) 30''	(toute la planche)	G F+ A Ban
PL VI: 10'' 6-Twaligh chghel d azrem. (Je le vois comme un serpent)48''	(ligne médiane en haut)	D F+ A
PL VII: 20'' 7-Chghel d adrar itchour s lahchich.	1 ^{er} tiers	

(Comme une montagne pleine d'herbes)		D FE- GEO
8-Sin idourar mlouqane. (Deux montagnes face à face) 34''	1 ^{er} tiers et les deux ensembles	D F- PAYS SYM
PL VIII : 10''		
9-Chedjra ...daya. (Je vois un arbre ici)	(Gris en haut)	D F+ BOT
10- Wiyi amakkene del hayawanat (Ces deux là c'est des animaux) 42''	(Partie rose latérale)	D F+ A SYM
PL IX: 11''		
Our zzaregh ouma d kra. (Je ne vois rien) 20''	Je ne l'ai pas compris	/
PL X : 12''		
11-Llan bezzef nel hayawanat. (Y'a beaucoup d'animaux)	(Toute la planche)	G F+ A
12-Itvine chghel wina guel qa3 n lebher. (On dirait celui qui est au fond de la mer, j'ai oublié son nom). 39''	(bleu latérale)	D FE+ A Ban

Tableau n06: protocole Rorschach du 3eme cas.

Choix des planches:

Choix+:

PL IX: techbah, daya kene. (Elle est belle)

PL X: t3edjviyi khaterch tes3a bezzaf n les couleurs, amakkene d lebher. (Elle me plait parce qu'elle a des couleurs on dirait une plage).

Choix-:**PL IV:** tessekhlā3. (Elle fait peur)**PL VI:** chghel d azrem. (C'est comme un serpent)**3-4 Psychogramme :**

R 12	G 2	F 09	A 7	F% 75%
TT 8'65''	G 17%	F+ 6	Arch 1	F+% 67
T/R 43''	D 10	F- 3	Bot 1	F% élargie 100%
T/LAT/R 11''	D 83%	F+- 0	Pays 2	F+ élargie 75%
MA G D		FE-1	Geo 1	A 58 %
TRI 0K/0.5C		FE+ 1		I/Ang 58%
FC 0/1E		FC-		Ban 2
RC 33%				Ban 17%

Tableau n 07 : résultats quantitatifs.**3-5 Analyse des résultats du Rorschach :****3-5-1 Impression générale :**

Nous constatons à travers le protocole du Rorschach d'Ayoub, la présence d'une pauvre productivité qui apparaît dans le nombre des réponses R= 12. Ceci peut être le résultat d'une carence fantasmatique, ou le sujet accorde peu d'importance au matériel.

Nous remarquons aussi la présence d'une pensée variée qui s'exprime dans la catégorie des contenus tels que : animal, botanique, architecture, géographie, paysage.

3-5-2 Les modes d'appréhension :

D'après le protocole d'Ayoub, nous remarquons qu'il n'appréhende pas la réalité extérieure dans sa globalité, car les G=17%, un score inférieur à la norme (20%-30%). Tandis que les réponses D sont supérieures à la norme, D=83% (norme : 60%-70%), une présence très importante ce qui indique une limitation d'ordre émotionnelle ou intellectuelle.

Il a traité en G simples les planches V et X adaptées à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes positives (F+).

Concernant les D, ils sont associés à des bonnes formes dans les planches 1, 6, 8,10 et sont associés à des formes négatives dans les planches 2 3 4 7.

3-5-3 Les déterminent :

Le pourcentage des déterminants formels donnés par le sujet est (F%=75%) qui dépasse un peu la norme (50 à 70%), ce que désigne selon C. Chabert, D. Anzieu l'indication d'un étouffement de la vie affective et pulsionnelle, ou encore des tendances dépressives, les F+% est inférieurs à la norme (F+% =67%) ce qui atteste un dérapage par rapport à la réalité extérieure.

Le F% élargi est élevé (100%) indiquant une tendance à étouffer la vie affective en utilisant principalement des mécanismes rationnels pour la contenir.

Quant au F+ élargi qui est de même inférieur à la norme F+ élargi= 75%, ce qui démontre un ajustement faible avec la réalité, qui est déterminée par un dérapage et une inadaptation à la réalité extérieure. (CHABERT C et AL, 2020)

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=2), elles témoignent l'insuffisance de l'insertion sociale.

Cependant, à propos des contenus, nous retrouvons que le sujet a utilisé un contenu peu varié : A% 58% qui est bien inséré dans la norme [35%-60%]. Mais une absence du contenu humain H%0, présence du contenu botanique, architecture, paysage, géographie.

3-5-4 Les réactions sensorielles :

Nous soulignons que le protocole est vide, et ne contient aucune réponse sensorielle claire.

Nous soulignons que Ayoub ne peut traiter toutes les situations, car il a refusé la planche IX angoisse devant la pulsion de mort.

4- Présentation du cas n04 :

Hadjer est une jeune fille âgée de 18 ans, l'ainée d'une famille qui se constitue des deux parents, 1 frère et 2 sœurs. Elle a été intégré au centre des enfants handicapé d'iheddaden à l'âge de 11 ans, puis transféré à celui des adultes cette année 2022.

Ce cas est un peu particulier puisqu'elle répondait généralement par oui ou non avec des réponses très brèves. Mais on a su quand même récolter quelques informations.

4-1 Résumé de l'entretien:

Au moment où nous lui avons proposé de faire un entretien, Hadjer a tout de suite été d'accord.

C'est une fille très calme, qui répond brièvement aux questions, c'est à dire par un ou deux mots. Elle aime sortir avec sa famille se balader. Elle se sent liée à sa famille surtout à sa maman, et adore passer son temps avec ces copines du centre et faire des activités artistiques.

Elle aime écouter de la musique, rêve de visiter l'Inde précise-t-elle, elle pratique l'athlétisme qui est considéré comme son meilleur passe-temps.

Comme toute les filles de son âge, elle aime écouter de la musique et regarder des films. Lorsqu'on lui a posé la question si elle aimait se regarder dans le miroir, elle répond qu'elle se trouvait laide et n'aimait pas se regarder.

De ce fait, nous remarquons qu'elle a une blessure narcissique profonde, on ressent qu'elle dégage une tristesse en parlant de son trouble.

Hadjer n'a pas tout de suite abordé le sujet de son trouble, mais c'est au fil de l'entretien qu'elle précise que sa jambe et sa main sont touchées et que ceci apporte un impact sur sa vision de la vie et l'avenir. Elle considère que cette maladie l'empêche de faire des tâches quotidiennes et

qu'elle fait tout avec une seule main. Au moment où elle a su que cette maladie n'est pas guérissable, elle a affirmé qu'elle était « ça va pas ».

Hadjer souffre des troubles associés à l'IMC, tel que les troubles de la mémoire qui lui causent, d'après elle, l'échec scolaire, ainsi qu'aux gaz intestinales.

Concernant la question de la baguette magique, elle souhaite commencer par changer son apparence, et par la suite, elle a fait appel à son imagination en citant qu'elle voulait avoir un très grand château.

Le plus grand souhait de Hadjer c'est de pouvoir devenir, un jour, une artiste. Au final, Hadjer n'a pas abordé son enfance, vu qu'elle a des troubles de la mémoire.

4-3 Présentations des données du Rorschach :

<i>Texte</i>	<i>Enquête</i>	<i>Cotation</i>
PL I: 17'' 1-D L'avion 22''	(Partie supérieure entière)	D F+ Obj
PL II: 27'' 2-Imoug akka... (Il est comme ça, en montrant qu'il s'agit d'un masque). 58''	Wina i3edlene g oudem. (Celui qu'on met sur le visage, masque). (Les parties latérales noires)	D F+/- obj
PL III: 6'' 3-D amchich. (Un chat)	(Toute la planche)	G F- A
PL IV : 34'' 4-Our chfighara f ismis. (Je ne me souviens pas de son nom) 1'	Itemchavah i lkhouffach (il ressemble à une chauve souris) (toute la planche)	G F+ A Ban
PLV : 22' 5-Temchabahent snath ayyi... d lkhouffach. (Les deux planches se ressemblent,	(toute la planche)	G F+ A Ban

celle-ci et celle d'avant... chauve souris). 51''		
PL VI: 12'' 6-d taqchicht. (Une fille). 30''	(Partie supérieure)	D F+/- H
PL VII : 42'' Je ne sais pas ce que c'est 7-aqerroy n ou3edjmi. (La tête d'un veau) 1'15''	(Toute la planche)	G F- Ad
PL VIII : 15'' D ikerri. (C'est un mouton). 35''	Elle a éliminé la réponse précédente. (Toute la planche)	/
PL IX : 33'' 8-Ou3limghara...d ighessane. (Je ne sais pas ... des os). 52''	(Toute la planche)	G F+ Anat
PL X : 12s 9-Tissist (Araignée) 10- Ighessan (Des os) 40''	(Bleu latérale) (Rose latérale avec bleu médiane)	D F+ A ban D F- Anat

Tableau n08 : protocole Rorschach du 4eme cas.

Choix des planches:

Choix+:

PLV : khaterch d lkhouffach. (Parce que c'est une chauve-souris)

PL X : tes3a les couleurs. (Elle a des couleurs)

Choix-:

PL II : ouyta3djibara kene. (Elle ne me plait pas)

PL IV: ouyta3djibara khaterch taberkant. (Elle ne me plait pas car elle est noire)

4-4 Psychogramme :

R 10	G 5	F 10	A 4	F% 100 %
TT 11'33''	G 50%	F+ 5	H 1	F+% 60%
T/R 60''	D 5	F- 3	Obj 2	F% élargie 100 %
T/LAT/R 20''	D 50 %	F+- 2	Ad 1	%
MA G D			Anat 2	F+ élargie 60%
TRI 0K/0C				A 50 %
FC 0K/0E				H 10%
RC 30%				I/Ang 70%
				Ban 3
				Ban 30 %

Tableau n09 : résultats quantitatifs.

4-5 Analyse des résultats du Rorschach :

4-5-1 Impression générale :

Nous constatons à travers le protocole du Rorschach de hadjer, la présence d'une inhibition qui apparaît dans le nombre des réponses R= 10, un chiffre inférieur à la norme. Ceci peut être un indicateur d'une carence fantasmatique, ou le sujet accorde peu d'importance au matériel, ou bien une limitation d'ordre émotionnelle ou intellectuelle.

Nous remarquons la présence d'une pensée variée qui s'exprime dans la catégorie des contenus tels que : animal, partie animal, humain, anatomie, objet.

4-5-2 Les modes d'appréhension :

D'après le protocole de Hadjer, nous remarquons qu'elle appréhende suffisamment la réalité extérieure dans sa globalité, car les G=50%, un score supérieur à la norme. Tandis que les réponses D sont inférieures à la norme, D=50%. Pour cela, nous constatons que la façon privilégiée pour Hadjer d'appréhender la réalité est globale.

Elle a traité en G simples les planches IV, V et IX adaptés à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes positives (F+). Contrairement aux planches III, VII qui sont associées à une forme négative.

Concernant les D, ils sont associés à des bonnes formes dans les planches I, X, et sont associés à des formes négatives dans la deuxième réponse de la planche X

4-5-3 Les déterminants :

Le pourcentage des déterminants formels donnés par le sujet est (F%=100%) qui dépasse la norme (50 à 70%), ce que désigne selon C. Chabert, D. Anzieu l'indication d'un étouffement de la vie affective et pulsionnelle, ou encore des tendances dépressives.

Les F+% (F+% =60%) est inférieur à la norme, ce qui atteste un dérapage par rapport à la réalité extérieure.

Le F% élargi est élevé (100%), indiquant une tendance à étouffer la vie affective en utilisant principalement des mécanismes rationnels pour la contenir.

Quant au F+ élargi qui est inférieur à la norme F+ élargi=60%, démontre un ajustement faible avec la réalité, qui est déterminée par un dérapage et une inadaptation à la réalité extérieure. (CHABERT C et AL, 2020)

Concernant les banalités qui existent dans le protocole (ban=3), elles témoignent l'insuffisance de l'insertion sociale.

Cependant, à propos des contenus, nous retrouvons que le sujet a utilisé un contenu varié : A% 50% qui bien inséré dans la norme [35-60]. Présence d'un seul contenu humain H%10%, présence du contenu anatomique et objet.

4-5-4 Les réactions sensorielles :

Nous soulignons que le protocole est vide, et ne contient aucune réponse sensorielle claire.

Nous soulignons que Hadjer ne peut traiter toutes les situations, car elle a refusé la planche VIII angoisse devant les étrangers à la famille.

5- L'image du corps au Rorschach :

A partir des données illustrées en dessus, nous retrouvons dans l'ensemble des protocoles de nos quatre cas, des caractéristiques qui attestent que l'image de leur corps est perçue négativement. Nous exposons les résultats dans cet élément :

Nous retrouvons un pourcentage de réponses globales (17%-50%) inférieures à la norme (20%-30%) dans tous les protocoles, révélant l'incapacité à appréhender des entités dans leurs intégrités, ce qui rend compte des failles importantes dans l'appréhension de l'image de soi. Nous remarquons aussi la forte présence des réponses D exprimant la recherche active et l'accrochage aux détails, ce qui signifie une pensée pragmatique et une réalité psychique d'une tendance affective vide.

Concernant les réponses formelles, nous retrouvons un pourcentage élevé chez tous les sujets examinés (75%-100%), un indicateur d'un étouffement affectif et le contrôle rigide de soi, et un désir d'adaptation forcé. Cependant, nous remarquons la présence des réponses F-fréquentes chez le cas de Hadjer et Ayoub, signifiant un dérapage émotionnel, tout en essayant de contrôler la situation qui leur échappe. Ceci démontre une fragilité de l'image du corps et de l'identité.

En ce qui concerne les réponses kinesthésiques, elles ne sont abordées que dans deux protocoles : (le protocole de Youcef qui a donné une réponse Kan à la planche VIII) et (dans le protocole de Adam dans la planche VII). Ceci exprime la difficulté d'intégrer une image humaine à soi et la fragilité de l'image du corps.

Les réponses humaines sont abordées uniquement dans le protocole de Adam (planches I, III, VII) et dans le protocole de Hadjer (planche VI). Ceci renvoie à une difficulté de s'identifier à un être humain, avec une mauvaise perception de soi.

La présence amplifiée des réponses animales se trouve pratiquement chez tous les cas (50%-73%), ceci indique un repli sociale, en essayant de créer une carapace adaptative, conformiste et rigide et sont comme des réponses de défense majeur pour éviter l'émergence de représentations personnelles originales.

Les réponses animales démontrent aussi la présence d'émotion d'angoisse. Ceci s'exprime fortement chez Hadjer, car son protocole contient deux réponses anatomiques accompagnées de réponses animales.

Les réponses banalités (17%-30%) sont inférieurs à la norme (R=3 à 5 Ban) chez tous nos cas, ce faible pourcentage nous révèle une insuffisante insertion sociale des sujets, ce qui témoigne le repli sociale indiqué dans la forte présence des réponses animales.

6- Analyse de l'entretien et des résultats du Rorschach :

Chaque cas ayant participé à cette recherche est un cas unique et a présenté des spécificités, nous ne pouvons aucunement généraliser. Mais tous nos cas ont démontré des caractéristiques communes, dont nous pouvons approximativement regrouper afin d'en déduire certaines terminaisons.

A travers les observations, entretien et l'épreuve du Rorschach effectués avec nos quatre cas, nous pouvons dire que, chacun d'eux est dans une tentative d'adaptation constante.

Ces sujets se sont montrés adhérent envers leur handicap, calmes, coopératifs, et n'hésitaient pas à partager avec nous la moindre information. Ils nous ont tous confirmé lors des entretiens qu'ils possédaient une image corporelle positive, à l'exception de Hadjer.

Cependant, et à travers les résultats du Rorschach, il s'est avéré que les confirmations de l'entretien n'étaient que des mécanismes de défenses pour ne pas se laisser submergé par leur réalité psychique.

Ces sujets sont dans un processus continu d'ajustement à leur trouble qui impacte leur perception de l'image corporelle en particulier, et de l'élément vital en général.

Ceci peut différer d'un sujet à un autre, en prenant en considération tous les aspects pouvant contribuer à la modification de cette perception, semblablement à l'apparition du trouble, le degré du trouble, ainsi qu'au volet social.

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses :

Dans cet élément, nous reprenons les hypothèses émises lors de la pré-enquête, et exposées dans la problématique. Ces hypothèses nous ont servis d'élément d'avancement à la réalisation de ce travail, afin d'aboutir aux résultats suivants :

Discussion de l'hypothèse générale :

Le thème de notre recherche est l'image du corps chez les personnes en situation d'infirmité motrice cérébrale, intégrés au centre des inadaptés mentaux. Nos observations se sont focalisées sur les cas les plus pertinents pour vérifier notre hypothèse générale : les personnes avec IMC ont une perception négative sur leur propre corps.

D'après notre pré-enquête qui s'est basée sur les observations directes avec les sujets afin de choisir ceux qui conviennent le mieux pour la contribution à cette recherche, nous avons établi un guide d'entretien qui englobe les spécificités de tous nos sujets, et qui s'est effectué avec eux, ainsi qu'au test du Rorschach, qui nous a permis d'évaluer la qualité et la perception de l'image du corps chez ces sujets atteints.

Effectivement, à travers le test du Rorschach, les résultats de nos cas ont démontré qu'ils aient une perception perturbée sur leur corps, ceci n'était pas distinct lors des entretiens, à l'exception de Hadjer, car ces derniers semblent vouloir dissimuler cette réalité interne en guise d'une adaptation et une acceptation forcée.

De ce fait, notre hypothèse générale se trouve confirmée.

Discussion de l'hypothèse partielle :

Concernant l'hypothèse partielle, résumant que l'IMC perturbe l'image du corps et modifie ses représentations, est de même confirmée. Ceci est apparent lors des entretiens, où nos sujets ont systématiquement parlé sur l'impact de leur trouble vis-à-vis de différentes représentations corporelles, sans trop nous confirmer que ces dernières les préoccupent.

Nos sujets se sentent tous différents, à cause, primordialement, des regards que portent les autres sur eux. Ceci les a incités à modifier leurs représentations.

Conséquemment, la qualité de l'image du corps chez les personnes en situation d'infirmité motrice cérébrale est mauvaise et perturbée.

Discussion des hypothèses

Les résultats obtenus ne peuvent être généralisés, car chaque cas est un cas particulier, possédant des facteurs et contextes différents. Cependant, cette recherche pourrait ouvrir le champ à d'autres études afin d'approfondir le domaine psychopathologique chez les personnes atteintes d'IMC, car ces derniers semblent négligés, l'indisponibilité des études antérieures en est une puissante preuve.

Conclusion générale

Conclusion générale

En guise de conclusion et à partir de lectures exploratoires effectuées, nous constatons que l'IMC est un handicap moteur qui se caractérise par une paralysie cérébrale qui prend différentes formes physiques. Ceci est bien démontré sur notre groupe de recherche qui a contribué à l'accomplissement de cette humble étude.

L'IMC peut être causée par plusieurs facteurs qui sont malheureusement incontrôlables et imprévisibles malgré les progrès technologiques et médicaux.

Cette dernière envahit la personne atteinte dans un aspect physique et psychologique, à titre d'exemple l'image du corps.

L'image du corps est un processus intrapsychique qui pourrait être affecté par plusieurs aspects tels que la maladie et le handicap. C'est la manière dont la personne perçoit son corps, pouvant être positive ou négative.

Ces représentations seraient réelles, stable et joueraient un rôle dans la constitution de l'identité personnelle, dans le fait de se reconnaître comme une entité unique appelé le Moi, quand la personne est en bonne santé. Mais quand la personne est malade, ou est en situation de handicap, l'image du corps peut être modifiée, et sera perturbée.

Notre recherche s'est donc intéressée à cet élément qui est incontournable et ne peut être négligé.

De ce fait, nous avons voulu connaître la nature de cette dernière quand elle soit touchée par un handicap inguérissable et apparent.

Ceci a été le but de notre recherche où nous avons essayé d'illustrer les deux variables et leurs interconnexions à travers des deux hypothèses émises lors de la pré-enquête, c'est-à-dire, l'étape d'exploration du terrain ainsi qu'aux personnes atteintes d'IMC fréquentant l'établissement des inadaptés mentaux.

Cependant, nous avons voulu cerner la perception des personnes infirmées vis-à-vis de leurs corps. Conséquemment, nous avons choisi deux outils qui ont servis à recueillir les informations nécessaires : l'entretien qui s'est effectué, séparément, avec notre groupe de recherche, constitué de quatre cas ; une fille et trois garçons, ainsi au test de Rorschach, qui nous ont permis d'accéder à des informations précieuses.

Comme dernière phase, nous avons établi une analyse par rapport aux deux outils qui ont par la suite confirmé nos hypothèses. La perception de l'image corporelle chez les personnes avec IMC se trouve négative et le trouble apporte un impact sur ce processus intrapsychique. Mais ceci n'est systématiquement pas retrouvé chez tous les sujets en situation d'IMC, car il existe plusieurs facteurs pouvant l'influencer tel que le milieu favorable et bienveillant ou une prise en charge précoce qui seraient des éléments de protection.

Les résultats de cette recherche ne sont qu'une contribution à faire connaître le profond retentissement qu'a ce trouble sur le fonctionnement psychologique des personnes atteintes.

Ce modeste travail que nous avons présenté n'est que le fruit d'une collaboration de personnes voulant exprimer leurs ressentis vis-à-vis de ce trouble et par laquelle nous avons pu collecter des données qui nous ont été utiles à notre recherche.

Nos hypothèses sur l'IMC et son impact sur l'image du corps sont réfutables. Cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statique et non absolus, et cela est dû à notre population d'étude qui ne représente qu'une minorité de personnes.

Notamment, cette recherche nous a permis d'achever certaines vérités telles que la différence de la qualité de l'image du corps d'une personne à une autre qui prend en considération la personnalité et le milieu social.

L'aspect social est un élément important, comme l'insiste nos cas, car le regard d'autrui rapporte un effet renforçateur et consolateur dans l'approbation et l'acceptation de leurs corps.

A cet effet, nous nous sommes persuadées que le côté psychologique ne doit surtout pas être négligé, car ce dernier est la source de chaque conflit que les personnes peuvent manifester, et bénéficier d'une prise en charge spéciale et idéale, ainsi qu'aux compagnes de sensibilisation qui sont vivement recommandés.

Nous espérons à travers cette recherche, d'avoir contribué à l'exhaustion du désir d'expression des personnes en situation de handicap.

Enfin, il est important de mentionner que cette expérience nous était une opportunité d'exploration et d'apprentissage dans l'un des domaines de la psychologie et de nous avoir offert de nouvelles perspectives.

Ce thème est peu exploré en Algérie, malgré le nombre hypertrophié du handicap ces dernières années, il reste toujours détenu et mis à l'écart dans le choix des recherches des étudiants. Nous souhaitons avoir ouvert le champ pour d'autres études ultérieures à partir de notre recherche. A ce propos, nous proposons certains thèmes pour des études futures, tel que les stratégies d'adaptation adoptés par cette catégorie de personne, ou bien l'évolution des personnes en situation de handicap moteur (autonomie, sociabilité...), ou encore la sexualité, puisque nos cas ont abordé à maintes reprises le mariage.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

Liste des ouvrages :

- 1- ANZIEU D, CHABERT C. (1960). Les méthodes projectives, Paris, PUF.
- 2- AKTOUF O. (1987). Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique, Montréal, les presses de l'université de Québec
- 3- BOUVIER M. (2017). L'image du corps, La Manufacture.
- 4- BOURCET S et AL. (2003). Psychopathologie clinique, Paris, ELLIPSES.
- 5- BAUDIN M. (2007). Clinique projective Rorschach et TAT, SORBONNE, HERMANN.
- 6- Braconnier, A. (2006). Introduction à la psychopathologie. Paris, France Masson
- 7- BLANCHET A et GOTMAN A. (2007). L'enquête et ses méthodes, l'entretien, Paris, ARMAND COLIN.
- 8- BUSSILLET M. (2005). Habiter son corps découvrir son être, CHRONIQUE SOCIAL.
- 9- CHABERT C. (2012). Le Rorschach en clinique adulte, 3eme édition, Paris, DUNOD.
- 10- CHAHRAOUI KH et BENONY H. (1999). L'entretien clinique, paris, Dunod.
- 11- CHABERT C et AL. (2020). Manuel du RORSCHACH et du TAT, DUNOD.
- 12- CHEMAMA R et VANDERMERSCH B. (2009). Dictionnaire de psychologie, LAROUSSE in extenso.
- 13- CHEVANCE J-P. (2013). Mallette prévention des maltraitances Approche psychologique du handicap.
- 14- DESCAMPS M-A. (1986). L'invention du corps, Paris, PUF.
- 15- DOLTO F. (1984). L'image inconsciente du corps, SEUIL
- 16- DIDIER A et CHABERT C. (2015). Les méthodes projectives, REA PSY.
- 17- GUIDETTI M et TOURETTE C. (2018). Handicaps et développement psychologique de l'enfant, DUNOD.
- 18- GUIDETTI M, TOURETTE C. (2014). Handicap et développement psychologique de l'enfant, 3eme Edition, ARMAND COLIN.
- 19- MARLENE J et AL. (2013). Voies et voix du handicap, France PUG.
- 20- MORIN C, THIBIERGE S. (2017). L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse.
- 21- MORIN C. (2013). Schéma corporel, image du corps, image spéculaire, ERES.
- 22- NADER-GROSBOIS N. (2015). Psychologie du handicap, Belgique, DE BOECK.

Liste bibliographique

- 23- PIREYRE E. (2021). Clinique de l'image du corps, 3eme édition, Paris, DUNOD.
- 24- RICHARD J-T. (2009). Nouveaux regards sur le handicap, Paris, L'HARMATTAN.
- 25- RASSE A. (2010). Art thérapie et infirmité motrice cérébrale, université européenne.
- 26- SAHRAOUI I. le test du Rorschach, application et analyse, Université Abderrahmane Mira. Bejaia.
- 27- THOMMEN E. (2010). Les émotions chez l'enfant, BELIN.
- 28- VANIER A. (2002). Eléments d'introduction à la psychanalyse, ARMAND COLIN.
- 29- VANIER A. (2005). Elément d'introduction à la psychanalyse. Paris, France, ARMAND COLIN.

Liste des revues :

- 30- CHAMPONNOIS C. handicap moteur, aspect psychologiques, revue repéré à : http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/hpmot_psy_C_C_78-91-2.pdf Consulté le : 23/03/2022.
- 31- FORMARIER M, 2006, recherche en soins infirmiers, revue repéré à : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-3.htm> Consulté le : 23/03/2022.
- 32- JEANNEROD M. (2010), de l'image du corps à l'image de soi, revue de neuropsychologie, volume02, repéré à : <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-185.htm> Consulté le : 17/03/2022.
- 33- PAQUIS C. (2008), l'image inconsciente du corps, revue repéré à : https://www.psychanalyse.com/pdf/l_image_inconsciente_du_corps.pdf Consulté le : 15/03/2022.
- 34- PEDINIELLI J.L. (2006), La recherche en psychologie clinique. Repéré : https://www.researchgate.net/publication/7070807_La_recherche_en_psychologie_clinique Consulté le : 24/02/2022.
- 35- SCHAUDER C. 2002, le coq héron, Image inconsciente du corps, castrations symboligènes et perversions dans l'œuvre de Françoise Dolto revue n168, repéré à : <https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2002-1-page-57.htm> Consulté le : 02/02/2022.
- 36- VERT E, 2015, Du corps à l'image et de l'image au corps : l'utilisation de l'image photographique dans la pratique psychomotrice, repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196886/document> Consulté le : 02/02/2022.

Liste bibliographique

Liste des mémoires :

37- GASMI S. (2015), La pragmatique dans la communication orale Chez les Infirmes Moteurs Cérébraux, Université d'Oran 2.

38- HADDAD TH, 2013, la résilience des familles ayant un enfant en situation d'infirmité motrice cérébrale, université Abderrahmane Mira, BEJAIA.

39- MANSOURI L, MANSOURI R, 2019, L'image du corps chez les adolescents accidentés, université Abderrahmane Mira, BEJAIA.

40- MOUHAMMADI K, AMRA A, 2020, l'image du corps chez les patients atteints d'un cancer du visage. Université Abderrahmane Mira. Bejaia.

41- VANFRACHEM R. (2012), le problème de l'image de soi dans la pratique sportive orientée vers la musculation, université Larbi Ben Mhidi, Oum El Bouaghi, Algerie.

Liste des sites :

42- NAWAL D. (2010), Près de 2 millions de personnes en Algérie vivent avec un handicap, presse ALGERIE 360, repéré à : <https://www.algerie360.com/pres-de-2-millions-de-personnes-en-algerie-vivent-avec-un-handicap/#:~:text=Le%20nombre%20des%20personnes%20handicap%C3%A9es,d%27autres%20handicaps%20et%2029.380> Consulté le : 23/03/2022.

43- VICTORIO C. (2021), infirmité motrice cérébrale, repéré à : <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-infantiles/troubles-neurologiques-chez-l-enfant/infirmit%C3%A9-motrice-c%C3%A9brale-imc> Consulté le : 09 /04/2022.

Annexes

Annexes

Guide d'entretien:

Axe 1: *renseignement générales sur la personne:*

- 1- Nom et prénom:
- 2- Age chronologique:
- 3- L'âge de l'intégration au centre:
- 4- La scolarisation/ travail:
- 5- Avez-vous des frères/sœurs:
- 6- Passe-temps préféré (hobbies) :
- 7- Comment s'est passée votre enfance au sein de votre famille ?
- 8- À quel point vous sentez-vous lié à votre entourage ?
- 9- Vous entretenez une bonne relation avec vos parents ?

Axe 2: *renseignement de la personne lors de son intégration au centre:*

- 1- Qu'avez-vous ressenti lors de l'intégration au centre ?
- 2- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'intégration?
- 3- Qu'en pensez-vous de l'établissement?
- 4- Qu'est-ce qui vous motive pour y venir?
- 5- Comment vous passez votre temps/étudier, travailler...

Axe 3: *renseignement sur la santé de la personne:*

- 1- Quand est-ce que vous avez été diagnostiqué d'une IMC?
- 2- Comment était votre réaction quand vous avez su qu'elle n'est pas guérissable?
- 3- Quelles sont vos membres touchés?
- 4- Parlez-nous sur votre incapacité physique?
- 5- Avez-vous des difficultés d'actions quotidiennes en effectuant certaines activités?
- 6- Est-ce que vous avez des troubles associés?
- 7- Est-ce que cette maladie a apporté un impact sur votre vision de la vie et de l'avenir?

Annexes

Axe 4: *l'image du corps:*

- 1- Qu'en pensez-vous de ce trouble?
- 2- Comment vous vous sentez étant porteur de cette maladie?
- 3- Est-ce que vous vous sentez différent?
- 4- Est-ce que vous avez des difficultés à vous introduire aux autres en tant que personne porteuse d'IMC?
- 5- Est-ce que vous pensez que votre maladie vous complique la socialisation?
- 6- Vous vous regardez souvent au miroir?
- 7- Vous sortez souvent dehors? Si non, pourquoi?
- 8- Est-ce que les regards que se fait autrui vous gênent?
- 9- Si vous aviez une baguette magique, qu'aimeriez-vous changer ?

Axe5: *projets d'avenir:*

- 1- Pensez-vous abandonner le centre ?
- 2- Avez-vous des projets de travail?
- 3- Pensez-vous pouvoir bénéficier d'une chirurgie?
- 4- Est-ce que vous pensez au mariage ?

L'image du corps chez les personnes en situation d'infirmité motrice cérébrale (IMC).

Résumé

Notre étude a comme objectif principal de cerner la perception de l'image du corps que les personnes en situation d'infirmité motrice se font sur eux, qui s'est effectuée au sein du centre des inadaptes mentaux, Sidi Ali Lebher, BEJAIA.

A travers cette étude, nous essayons de cerner la perception du corps chez les personnes en situation d'infirmité motrice cérébrale. Pour cela, nous avons élaboré deux hypothèses qui se focalisent sur les représentations mentales de soi, ainsi que l'impact que pourrait induire un handicap moteur.

Afin de réaliser ce travail, nous nous sommes servis des instruments d'investigation qui consistent en un guide d'entretien clinique semi directif, ainsi qu'à l'épreuve projective du Rorschach, de façon à dégager toutes les informations qui nous sont nécessaires.

Les résultats de cette étude nous ont révélé que l'image du corps des personnes en situation d'infirmité motrice cérébrale est perçue négativement. Les cas étudiés ont présenté des résultats à l'épreuve du Rorschach qui indiquent que cette image corporelle est négative. De ce fait, nos hypothèses ont été confirmées.

Mots clés : IMC, handicap, image du corps, représentations mentale.

Abstract

The main objective of our study is to identify the perception of the body image that people with motor disabilities have on them, which was carried out at the center of the mentally maladjusted, Sidi Ali Lebher, BEJAIA.

Through this study, we try to identify the perception of people's body with cerebral palsy. For this, we have developed two hypotheses that focus on mental self-representations, as well as the impact that a motor disability could induce.

In order to carry out this work, we used the instruments of investigation which consists of a semi-directive clinical interview guide, as well as the projective test of Rorschach, in order to release all the information which is necessary for us.

The results of this study revealed to us that the body image of people with cerebral palsy is perceived negatively. The cases studied presented Rorschach test results that indicate that this body image is negative. Therefore, our hypotheses were confirmed.

Key words: body image, mental representations, cerebral palsy, handicap.