



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane MIRA Bejaia  
Faculté des sciences humaines et sociales  
Département de psychologie et d'orthophonie

# Mémoire de fin de cycle

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

*Thème*

## La qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques

(étude clinique de 03 cas aux niveau du centre  
psychopédagogique de BEJAIA Ihaddaden)

*Présenté par:*

CHELLAT Hadjilla

BEZZOU Hassina

*Encadré par*

Dr. GACI KHELIFA

*Année Universitaire 2021/2022.*

## **REMERCIEMENTS**

*Tout d'abord nous aimerons remercier dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté à fin d'aboutir à ce travail.*

*À Monsieur Gaci Khelifa, Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de nous encadrer. Nous vous remercions pour votre confiance, votre écoute, Pour vos conseils avisés et votre disponibilité, Veuillez recevoir ici l'expression de notre reconnaissance Et de notre profond respect.*

*Notre reconnaissance va de même à nos enseignants de l'Université Abderrahmane Mira, notamment la faculté des sciences humaines et sociales.*

*Aux enfants trisomiques que dieu vous protège*

*Et pour les professionnels du centre qui nous ont accueillis*

*Que soient, enfin remerciés tous les membres de jury qui ont bien voulu accepter de lire ce travail et de l'évaluer*

**MERCI**

## **DÉDICACE**

*Toutes les lettres ne sauront trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, L'amour, le respect, la reconnaissance. Aussi, c'est tout simplement que*

*Je dédie ce modeste travail :*

*A mon regrette deuxième Maman « Nora », Comment t'oublier !ta bonté reste encore gravée dans ma mémoire, j'imagine quelle serait ta joie aujourd'hui, j'aurai voulu que tu assistes à l'aboutissement de ces années de dur labeur, Dieu en a décidé autrement. Que Dieu t'accorde la paix éternelle et t'accueille dans son paradis.*

*Une pensée particulière à mon père paix a son âme.*

*A ma très chère mère source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice.*

*Ta prière et ta Bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie.*

*Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance. J'espère ne jamais te décevoir, ni trahir ta confiance et tes sacrifices. Puisse Dieu tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et Bonheur.*

*A mes frères et sœurs « Djamel, Zidane, Zahia, Rekia, Nacira, Sofiane, Yahia, Madjid »*

*Je leur dédie ce travail pour tous les sacrifices qu'ils n'ont cessé de m'apporter tout au long de mes années d'études.*

*A mes chères amies ; Djedjiga, Taoues, Souad, Dehbia, Céline, Sara, Hassina, en souvenir des moments heureux passés ensemble, avec mes vœux sincères de réussite, bonheur, santé et de prospérité.*

**HADJILLA**

## Sommaire

**Remerciement .....i**

**Dédicaces.....ii**

### La liste des tableaux

**Introduction .....01**

### Le cadre général de la problématique

1-Problématique.....04

2-Hypothèse.....09

3-Opérationnalisation des concepts .....10

4-Les objectifs de la recherche.....12

5- Intérêts de choix du thème.....12

### Partie théorique

#### Chapitre I : L'enfant trisomique et ses caractéristiques

Préambule.....13

1-Définition de la trisomie21.....13

2-Aperçu historique de la trisomie21 .....15

3-Les formes de la trisomie21.....16

3-1-La trisomie21 libre.....16

3-2-La trisomie21 par translocation.....16

3-3-La trisomie21 partielle .....17

3-4-La trisomie21 en mosaïque.....17

4-L'étiologie de la trisomie21.....18

5-Dépistage de la trisomie21.....	19
5-1-Dépistage combiné.....	19
5-2-Dépistage prénatals non invasifs.....	20
6-Diagnostic de la trisomie21.....	20
7-L'évaluation psychologique chez l'enfant trisomique21.....	22
8-Sur quelques aspects de développement psychologique de l'enfant porteur de trisomie21.....	23
8-1-Troubles sensoriels et répercussions relationnelles et éducatives.....	23
8-2-Développement mental.....	24
8-3-Le langage.....	24
8-4-L'attention.....	25
8-5-Le temps de latence.....	25
8-6-Le raisonnement.....	25
8-7-La mémoire.....	26
8-8-Le schéma corporel.....	26
9-Les caractéristiques des enfants trisomique21.....	27
9-1-Caractéristiques morphologiques.....	27
9-2-Caractéristiques cognitif.....	27
9-3-Caractéristiques motrice.....	28
10-La trisomie et problèmes de santé spécifiques.....	29
11-La prise en charge de la trisomie21.....	29

11-1-Le suivi médical.....	29
11-2-La prise en charge éducative.....	30
11-3-Un suivi kinésithérapique.....	31
11-4-Un suivi orthophonique.....	31
11-5-Un suivi psychologique.....	32
Conclusion du chapitre.....	33

## **Chapitre II : l'image du corps et ses caractéristiques**

Préambule.....	34
1-Définition des concepts liés a l'image du corps .....	34
1-1 Notion d'image.....	34
1-2 -1Le corps .....	34
1-2-3 L'image du corps.....	35
2-Les concepts liés à l'image du corps .....	36
2-1 le schéma corporel.....	36
2-2 L'image du corps.....	37
2-3 La différence entre le schéma corporel et l'image du corps .....	38
2-4 l'image du corps et la représentation de soi.....	40
2-5 l'image du corps et l'identité.....	40
3-les composants de l'image du corps.....	40
3-1 l'image de base.....	41
3-2 L'image fonctionnelle.....	41
3-3 L'image érogène.....	41

4-le corps libidinal .....	42
4-1L'image du corps et la relation d'objet.....	42
5- L'image du corps et le développement libidinal .....	44
5-1-la première phase : La « phase oral » .....	44
5-2 La deuxième phase : Nommée « la phase sadique-anal » .....	44
5-3 La troisième phase: « la phase phallique » .....	45
6-les processus psychiques concourants à l'élaboration de l'image du corps.....	46
6-1 L'intériorisation.....	46
6-2 L'identification.....	47
7-Qualité de l'image du corps.....	49
7-1 La bonne qualité de l'image du corps.....	49
7-1-1Caractéristiques d'une image corporelle positive .....	50
7-2 La qualité de l'image du corps fragile.....	51
8-l'image de corps et les déformations de corps.....	52
8- 1 Les Troubles de la Régulation Tonique .....	52
8-2 La Douleur .....	54
Conclusion du chapitre.....	55

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : La méthodologie de recherche**

Préambule.....	56
1-Pré-enquête.....	56
2-La méthode de recherche utilisée.....	57
2-1-L'étude de cas.....	58

3-Présentation du lieu de la recherche.....	58
3-1 Les activités principales.....	59
3-2 : Infrastructure de l'établissement .....	59
4- Le groupe de recherche et ses caractéristiques .....	61
4-1 Les critères de sélection de groupe de recherche .....	61
4-1-Les critères d'inclusion.....	61
5-Les outils utilisés .....	61
5-1-L'entretien clinique de recherche.....	62
5-2-L'entretien semi-directif.....	62
6-le Dessin du bonhomme (J/Royer).....	64
7-Histoire et l'origine du test du bonhomme .....	65
8- Les aspects globaux du dessin .....	66
9- Les aspects analytiques du dessin .....	66
10-Le déroulement de la recherche.....	67
11- Conclusion du chapitre .....	67

## **Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats**

Préambule.....	68
1-Présentation et discussion des données de l'entretien et le test de dessin du bonhomme de Ridha .....	68
2-Présentation et discussion des données de l'entretien et le test de dessin du bonhomme de Zinedine.....	83

3-Présentation et discussion des données de l'entretien et le test de dessin du bonhomme de Mo3iz.....107

4-Discussions des hypothèses.....109

Conclusion.....111

Liste des références

Annexes

## La liste des tableaux :

N°	Titres	Pages
N°01	la différence entre le schéma corporel et l'image du corps	39
N°02	infrastructure pédagogique	60
N°03	infrastructure administrative	60
N°04	les caractéristiques de groupe d'étude	61
N°05	Analyse qualitative de dessin de Ridha	78
N°06	Aspect analytique du dessin de Ridha	80
N°07	Analyse qualitative de dessin de Zinedine	92
N°08	Aspect analytique du dessin de Zinedine	94
N°09	Analyse qualitative de dessin de Mo3iz	105
N°10	Aspects analytique de dessin de Mo3iz	106

## Introduction

Les premières années de la vie sont d'une importance cruciale pour le développement de tous les enfants. C'est une période pleine de possibilités, mais aussi de vulnérabilité face aux influences négatives.

Ce développement, ne se comporte pas seulement le côté organique mais aussi le côté psychique, ou différents aspects rentrent en jeu afin de maintenir l'harmonie entre ces deux constituant de l'homme. Par ailleurs, Le corps s'inscrit ainsi comme médiateur entre le sujet et le monde extérieur, tout comme l'image du corps incarne l'intermédiaire entre le sujet et son corps. Par conséquent l'image du corps et le corps sont inséparables et permettent tous deux au sujet de faire face au monde extérieur.

Le corps et ses représentations intériorisées constituent en effet une notion centrale et exercent un rôle primordial dans le développement psychomoteur de l'enfant. Le schéma corporel et l'image du corps s'établissent notamment au regard du développement psychique et corporel mais peuvent parfois se heurter à divers obstacles provoquant dès lors des carences de représentation et d'investissement de soi. Les personnes atteintes de trisomie 21 partagent entre autres certaines de ces déficiences.

La trisomie 21 est la forme la plus connue de handicap mental, et vient d'une anomalie chromosomique. Elle concerne 50 000 à 60 000 personnes en France (soit 10 à 12% des personnes handicapées mentales françaises) et touche 1 000 nouveaux nés chaque année. Est une anomalie chromosomique habituellement causée par la présence d'un chromosome 21 supplémentaire et caractérisé par la déficience intellectuelle légère ou profonde, de même que certaines anomalies physiques.

La construction corporelle comme étant le processus par lequel l'enfant va peu à peu prendre conscience de lui-même et pouvoir pleinement habiter son corps. L'enfant possède dès la naissance une connaissance implicite de lui-même. Cette construction comprend ainsi la structuration du schéma corporel mais aussi la création d'une image du corps.

L'image du corps est un concept qui a été créé afin de mieux expliquer l'intégration psychique de la représentation du corps. C'est une expérience fondamentale dans la vie de chacun, cette image du corps change au cours d'une vie, au gré des expériences, elle se construit à partir des pensées, valeurs et sentiment personnel, ainsi que des messages véhiculés par l'entourage et le contexte socioculturel.

L'enfant porteur de trisomie 21, à cause des tensions qui peuvent exister dans certaines parties de son corps, ne peut pas vivre ces expériences de la même manière que les autres enfants. Cela explique en partie pourquoi, certains d'entre eux, ne vivent pas leur corps comme une entité unifiée, délimitée de l'extérieur par le biais de la peau. Ce phénomène va donc venir toucher directement la représentation que l'enfant porteur d'un handicap moteur a de son corps et donc l'image du corps.

Les actes de la vie quotidienne deviennent difficiles à gérer. La conscience de ces problématiques peut entraîner un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation de soi qui engendre un repli sur soi et une grande vulnérabilité.

On comprend aisément que les enfants trisomiques soient particulièrement fragiles.

Pendant notre recherche sur « la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques 21 », nous avons voulu voir les caractéristiques de ces enfants, et aussi d'étudier le rapport particulier que l'enfant entretient avec son corps, l'objectif est de connaître la qualité de l'image de son corps.

Nous avons choisi comme terrain d'étude le centre pédagogique pour les handicapés mentaux Bejaia qui répond à nos objectifs de recherche. L'approche psychanalytique a servi de cadre référentiel à notre étude qui avait portée sur trois **(03) cas**, et nous avons focalisé notre recherche sur les outils suivants : l'entretien clinique semi-directif et le test projectif le dessin du bonhomme dans le but de voir la fiabilité de notre hypothèse.

Pour atteindre notre objectif, nous avons instauré un plan de travail qu'on a devisés en deux parties, une théorique et l'autre pratique. D'abord, on a commencé par une introduction suivit d'une problématique et hypothèse de la recherche, ainsi que l'opérationnalisation des concepts et enfin les objectifs et intérêts de la recherche.

La partie théorique est subdivisée en deux chapitres dont le premier est consacrée aux caractéristiques des enfants trisomiques 21, qui contient ; définitions, l'historique, l'étiologie, les formes, le diagnostic, les troubles, les caractéristiques et la prise en charge. Le deuxième chapitre pour la qualité de l'image du corps contient, les définitions, les concepts liés à l'image du corps, la différence entre le schéma corporel et l'image du corps, les composants de l'image du corps, qualités de l'image du corps, l'image de corps et les déformations de corps.

La partie pratique se compose de deux chapitres qui sont comme suit : dans le premier chapitre on a essayé de faire un aperçu général sur les outils et lieux de recherche. Dans le deuxième chapitre une présentation et une analyse approfondie des informations recueillies ont été effectuées en analysant les données de l'entretien et le dessin du bonhomme. Enfin, on a terminé par la discussion des hypothèses, une conclusion, une liste de référence des documents utilisés et une liste des annexes.

# **Le cadre général de la problématique**

## 1-Problématique

La petite enfance peut être définie comme la période cruciale pour l'enfant en ce qui concerne son développement. Car cette période pose les bases nécessaires à l'apprentissage et au bien-être de l'enfant tout au long de sa vie. Elle est donc considérée comme la phase de développement la plus importante de la vie, celle qui forme les futurs adultes, et par voie de conséquence la société de demain. Protéger et veiller au bon déroulement de cette période est donc d'une importance capitale pour les parents, les États, ainsi que pour tout individu soucieux de contribuer à la construction d'un monde meilleur.

Le développement de la personne pendant la petite enfance est un processus global et intégré. Il se réalise dans différents domaines inter reliés, soit physique et moteur, social, affectif, cognitif, et langagier. Chaque enfant a besoin de se développer dans toutes ces sphères grâce aux interactions avec son environnement physique et social.

On entend par « **développement de la petite enfance** » les processus de croissance et d'apprentissage qui se déroulent au cours des premières années de la vie.

Un départ sain dans la vie donne à chaque enfant, une chance égale de se développer et de devenir un adulte qui contribue positivement à la communauté tant sur le plan économique que social. **(Hansen, 2016, p23)**.

Ce départ reste néanmoins conditionné par un certain nombre de facteurs d'ordre familial, communautaire et environnemental. Ainsi un enfant, dans les premières années de sa vie, aura besoin d'être stimulé, de bénéficier d'une attention et d'une protection issue du cadre familial et de sa communauté. Il aura besoin en outre d'une alimentation saine et équilibrée. Ces nombreux facteurs pourront ainsi assurer à chaque enfant qui en bénéficie, un bon développement et donc de meilleures chances de réussite. Néanmoins, assurer à ces enfants un bon développement reste assez problématique dans certaines parties du globe en raison de plusieurs obstacles.

L'enfant se développe de façon remarquable pendant les premières années de sa vie. Ce développement est le fruit de l'interaction entre les processus biologiques et l'environnement.

Les expériences vécues par le jeune enfant – tout d’abord dans sa famille, puis dans son milieu de vie plus large comme au service de garde ou dans le voisinage – et les apprentissages qu’il fait dès la naissance influencent toutes les facettes de son développement.

Ces expériences et ces apprentissages sont importants pour la santé et le bien-être pendant la petite enfance. Ils sont aussi le socle sur lequel se construira le développement ultérieur de la jeune personne puis de l’adulte. Les adultes, les communautés et les pouvoirs publics ont la responsabilité d’offrir aux jeunes enfants des milieux de vie et d’apprentissage de qualité, où chaque enfant pourra développer son plein potentiel. **(Hansen, 2016, p25).**

De nos jours, on compte plusieurs maladies qui touchent les nouveaux nés avant ou après la naissance, et parmi ces anomalies, la trisomie 21 ou « syndrome de down ». Qui n’est pas une maladie mais une malformation congénitale ; elle est due à la présence d’un chromosome surnuméraire sur la 21<sup>ème</sup> paire de chromosomes c'est-à-dire qu’au lieu d’avoir au total 46 chromosomes, l’individu trisomique en possède 47. **(Lacombe et Brun, 2008, p13).**

**Selon le dictionnaire de psychologie**, la trisomie est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d’un autosome : l’un des chromosomes figure en 03 exemplaires au lieu de deux. Chez l’être humaine, on connaît plusieurs formes de trisomie, notamment celle qui affecte les chromosomes 13, 18, 21. la plus fréquente est la trisomie 21. C’est elle qui est responsable du mongolisme **(Sillamy, 1999, p270).**

La trisomie 21 : La trisomie 21 se manifeste par des troubles du langage, agitation, retard mental. Un enfant porteur de syndrome de down présente des traits morphologiques spécifiques tels que (visage rond, mains petites, la bouche est petite... etc.).

La trisomie 21 (mongolisme) ou syndrome de Down est la première aberration chromosomique décrite chez l’homme. En 1866 le Dr Edouard Séguin publie un livre à Paris dans lequel il est le premier à faire une description magistrale du visage très caractéristique des personnes ayant une trisomie 21. En 1886, John Langdon Down, médecin responsable d’un asile pour enfants atteints mentaux en Angleterre, publie son travail sur un groupe d’enfants, expliquant qu’il existe un sous-ensemble de personnes avec un retard mental, et qui ont des apparences et des caractéristiques communes, il a réuni ces enfants sous le terme de

En 1876, Fraser et Michel réalisent une description physique et neuropsychologique complète, et avancent la théorie que le risque d'avoir un enfant ayant une trisomie augmente avec l'âge de la mère.

Au début du vingtième siècle, les chercheurs ont proposé plusieurs causes du syndrome de down. Mais l'origine de la maladie ne fut connue qu'à partir des années 1930 par Perthus Waardenburge (1932), Adrien Bleyer (1934), et G. Fanconi (1938).

En 1959, Jérôme Lejeune, Raymond Turpin et Marthe Goutier mettent en évidence la cause génétique du syndrome comportent trois chromosomes 21 au lieu des deux habituellement rencontrés sous le nom de «Trisomie 21».

En 1961 un groupe de généticiens, proposent que le terme mongolien soit change par le syndrome de down.

En 1965, l'organisation mondiale de la santé des états unis à réaliser une conférence pour la normalisation des appellations des maladies. Ils ont recommandé d'éliminer le terme mongolisme. **(Cuilleret, 2007, p438).**

Selon **Rondal**, la trisomie 21 est la condition génétique déterminant un degré important de handicap cognitif la plus fréquent. Cela n'est pas tout à fait exact, c'est affectivement l'aberration chromosomique déterminant un handicap cognitif notoire la plus répandue. **(2013, p16)**

La trisomie 21 est donc une condition génétique relative au chromosome 21, ou unes série de gènes tri pliques déterminent une surproduction de protéines, particulières dans une série de tissus du corps, laquelle provoque les effets pathologique de phénotype des personnes porteuses d'un syndrome dit de down. . **(Rondal, 2013, p19).**

Chaque personne ayant une trisomie 21 a ses propres caractéristiques. Par contre une caractéristique commune, est la présence d'une déficience intellectuelle qui peut varier de léger à profonde, mais en général on parle de déficience intellectuelle moyenne.

Les traits communs que l'on trouve de façon plus au moins importante chez la personne sont :

- Une tête plus petite que l'anormale avec l'arrière de la tête (occiput) moins proéminent. - Un nez court et épaté à la racine. - Des yeux bridés. - Des oreilles petites et placées plus basses que la normale. - Un cou plus court. - Un seul pli palmaire au lieu de deux et une main plus petite avec des doigts courts. - L'espace entre le gros orteil et les autres orteils est plus grand que la normale. - Une peau marbrée et habillage sèche. - Une taille moyenne. - On parle aussi d'hypotonie d'hyper laxité ligamentaire ; le premier fait référence un tenu musculaire plus faible que l'anormale à la naissance ces enfants sont mous, ou enco être présent dans l'ensemble du corps. - Une grande facilité d'intégration sociale. - Un peu d'agressivité et une tendance plus au moins élevé d'épisode dépressif.<sup>4 4</sup> ·URL : [http //WWW trisomie 21- France .Org](http://WWW.trisomie21-France.Org) / **Facteurs de risque et diagnostic- URL : [http : // WWW. Cairn info/ la trisomie21](http://WWW.Cairn.info/la%20trisomie21)**.

Au développement psychomoteur « normal » vont venir s'ajouter des particularités relatives au handicap moteur. Le handicap a, à la fois, un impact sur le corps physique de l'enfant, sur son développement psychique et psychomoteur mais aussi sur la relation parents-enfant.

Le handicap peut entraîner différents troubles au niveau corporel qui est susceptibles de venir altérer les premières expériences de vie de l'enfant. Or, on admet en psychomotricité que ces expériences sensibles, kinesthésiques, proprioceptives viennent, par le biais du schéma corporel, nourrir l'image du corps du sujet. (**Dictionnaire le Larousse Médical, 1997, p888**).

L'image corporelle réfère à la représentation mentale qu'un individu a de son corps.

Par ailleurs, le stade du miroir est un moment clé pour l'identification du sujet à l'image de son corps. Selon **Henri Wallon (1934)**, la notion du corps se constitue par étape, il y'a d'abord la sensation de l'entité de chaque membre (3 à 6 mois) et l'ajustement des impressions proprioceptives et extéroceptives commence à se développer. Vers 8 mois, l'enfant s'intéresse à son image dans le miroir, cette image, il l'a considère comme extérieure voir étrangère. Vers un an, il se touche dans le miroir, enfin il joue avec son image. Ce n'est que vers 2 ans qu'il acquiert sa propre image. (**p155-177**).

Pour **Dolto (1984)**, l'image du corps donc, est spécifique à chaque sujet selon le désir de sa libido et son histoire vécue particulière : en fonction des expériences vécues dans l'enfance, chacun se construira sa cartographie affective. L'image inconsciente du corps est alors la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles qui seraient revécues, de manière répétitive, à travers des sensations érogènes présentes dans « des zones historiées du corps ». **(p16)**.

Pour **Sanglade (1983)**, l'image du corps est la première représentation de soi. Elle est assimilée au « corps objective qui médiatise la relation à l'autre et agit comme le passage entre le dedans et le dehors, entre le Moi et les autres. Cette représentation de soi dépend des relations aux autres et de leur qualité. ». **(p104)**.

L'image corporelle est la façon dont une personne perçoit son corps. C'est « la perception systématique, cognitive, affective, consciente et inconsciente qu'un individu a de son corps, une perception qu'il acquiert au cours de son développement et à travers ses relations sociales ». Une personne qui est insatisfaite de son corps a une image corporelle négative. Une personne qui est satisfaite de son corps, à une image corporelle positive.

Cette perception peut comporter des pensées et des sentiments négatifs sur : le poids ; la taille ; la couleur de peau ; l'ethnicité ; la maturation physique ; toute autre caractéristique physique. L'image corporelle est un phénomène complexe fortement influencé par l'environnement (la famille, les pairs, les enseignants, les médias, etc.). Une image corporelle négative peut provenir d'une perception (réelle ou non) que l'on se fait de sa propre silhouette. **(Tylka, 2011, pp56-64)**.

Quand le corps est atteint d'une incapacité, l'être humain risque de développer une image du corps déformé, fragile. L'image du corps peut être perturbée et modifiée ce qui engendre un sentiment d'insécurité, et une blessure narcissique. L'atteinte profonde de l'image corporelle et de son intégrité face à une image dévalorisée renvoyée à soi-même à autrui contribué à renforcer l'atteinte narcissique majorée par l'appréhension de se regarder et du regard des autres. L'estime de soi est fragilisée par la difficulté à exprimer ses sentiments, ses émotions et en fin sa personnalité. **(Reich, 2009, P247-254)**.

L'enfant porteur d'un handicap moteur présente fréquemment des difficultés dans la régulation de son tonus. Nous pouvons donc nous interroger sur la perception qu'il a de son corps puisque différentes parties peuvent être prises dans un état de tension. Mais aussi, sur l'image de son corps que les autres peuvent lui renvoyer par le biais du regard. (**Ouvray, 2002, p46**).

Selon **Anzieu**, l'enfant trisomique à cause des tensions qui peuvent exister dans certaines parties de son corps, ne peut pas vivre ces expériences de la même manière que les autres enfants. Cela explique en partie pourquoi, certains d'entre eux, ne vivent pas leur corps comme une entité unifiée, délimitée de l'extérieur par le biais de la peau. Ce phénomène va donc venir toucher directement la représentation que l'enfant porteur d'un handicap moteur a de son corps et donc l'image du corps. (**1995, p128**).

Durant notre pré enquête, on s'est déplacé au centre des inadaptés mentaux de Bejaia pour observer les enfants ayant une trisomie 21. On a remarqué au cours de déroulement des séances d'éducation que ; les enfants présentent des troubles de mouvement, ainsi que des troubles de langage et de parole, des hésitations au cours de leurs réponses. Et aussi d'après le témoignage de leurs enseignants, ils présentent des troubles de coordinations motrices et des problèmes de perception de leur propre corps. A partir de ces observations sur terrain, nous proposons d'étudier la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques. Nous posons la question suivante :

- Comment est-il la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques 21 ?

Afin de répondre à cette question de recherche, nous avons émis l'hypothèse suivante :

« La qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques est vulnérable », et ce caractérise par : un manque de confiance en soi, un sentiment d'infériorité lié à son physique et un sentiment d'incomplétude de leurs corps, l'insatisfaction des enfants porteurs de trisomie 21 à l'égard de leur image du corps, les pensées et les émotions négatives qu'entretient l'enfant trisomique à propos de son image du corps et une image du corps fragile qui renvoie à un corps morcelé, non complet.

### 3- Opérationnalisation des concepts clés :

**3-1-L'image du corps** : c'est l'intégration psychique de la représentation du corps. Donc c'est la représentation que l'enfant trisomique 21 de son corps. Elle réfère à la représentation mentale qu'un enfant porteur de trisomie de son corps. Cette image peut être représentée d'une bonne ou mauvaise.

La représentation de l'image du corps, sur le test de dessin du bonhomme se caractérise par les indicateurs suivant :

La bonne image du corps : quand ils ont une image d'un corps parfait, satisfaisant, ils le perçoivent dans sa totalité, elle se caractérise par le dessin de bonhomme par une bonne image complète, des parties du corps reconnaissable et cohérente, et un tracé du corps clair.

La mauvaise image du corps : quand ils ont une image d'un corps incomplet, abimé, un corps qui ne fonctionne pas, une impression d'avoir un corps comme les autres, ils le perçoivent comme des parties, elle se caractérise à travers le dessin de bonhomme par une mauvaise image incomplète, des parties du corps non reconnaissable et incohérente, petit bonhomme, ainsi qu'un tracé léger, ou trop appuyé.

**3-2-l'enfant trisomique** : Ce sont des enfants âgées entre (10 et 12ans), qui sont diagnostiqué trisomiques et ils se sont placés au sein du centre psychopédagogique pour des handicapés mentaux.

Les enfants atteints du syndrome de Down sont souvent de petite taille, ont un retard du développement physique et mental et un faciès spécifique. La majorité de ces enfants atteints u syndrome de Down vivent jusqu'à l'âge adulte.

Les besoins de l'enfant vont être définis dans un Projet personnalisé de scolarisation (PPS). Dans ce PPS, parents, rééducateurs, enseignant référent (présent dans chaque secteur scolaire, l'enseignant référent accompagne les parents dans leurs démarches et les met en relation avec l'école et la MDPH), éventuellement le médecin ainsi que le psychologue, vont discuter de l'accompagnement, des aides et de l'orientation les plus adaptés à l'enfant et ce, en fonction de son comportement, de ses compétences, de ses capacités d'adaptation et de ses interactions sociales. Des réunions de synthèse sont régulièrement organisées - au moins une fois par an - afin de vérifier que la prise en charge est la plus adaptée ou au contraire, trouver de nouvelles solutions.

#### **4-Les objectifs de la recherche :**

Notre étude vise à atteindre des objectifs dont :

Vérifier la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomique 21.

Avoir une idée sur les caractéristiques psychologiques des enfants trisomique et leurs visions sur leurs corps.

Expliquer l'influence de la qualité de l'image du corps vulnérable et ses conséquences sur les sensations et les sentiments des enfants trisomiques.

Le plus important c'est de dégager la qualité de leurs images du corps.

#### **5-Intérêts de choix du thème :**

Le premier point qui a sollicité notre intérêt est acquérir le maximum d'informations concernant la trisomie 21.

Le deuxième intérêt c'est d'apporter plus de connaissance sur la problématique de l'image du corps qui est importante pour certains auteurs et surtout en psychanalyse, et de tenter de voir comment les enfants trisomiques représentent inconsciemment leur corps déformer et leur engagement par rapport à leur handicap.

D'après nos lectures, on a constaté un manque réel d'étude sur la problématique de l'image du corps chez les enfants, cela nous a poussés à aborder cette thématique en vue d'apporter de nouvelles idées et de nouvelles connaissances à propos de cette dernière.

# **Chapitre 01 :**

## **L'enfant trisomique et ses caractéristiques**

## Préambule :

La trisomie 21 est l'anomalie chromosomique la plus fréquente dans l'espèce humaine .Si ses grandes caractéristiques sont en général connues, ses origines précises peuvent être plus diversifiées que l'on est souvent tenté de le penser. Dans ce chapitre nous allons aborder ;la définition de la trisomie21,histoire de la trisomie, les formes de la trisomie , l'étiologie, dépistage, diagnostic, l'évaluation psychologique chez l'enfant trisomique21 , sur quelques aspects de développement psychologique de l'enfant porteur de trisomie21, les caractéristiques des enfants trisomique, la trisomie et problème de santé, la prise en charge de la trisomie21 .

## 1-Définition de la trisomie 21 :

**1-1** La trisomie 21 est une maladie causée par une anomalie au niveau des chromosomes .Les personnes atteintes de trisomie 21 présentent trois chromosomes21 au lieu d'une seule paire. C'est un état, un ensemble d'altérations causées dans le développement physique et mental du sujet par un chromosome en trop. Cet état, appelé aussi syndrome de Down, a pour conséquence de limiter le potentiel de la personne qui le présente. **(Lacombe et Brun, 2008, P81).**

Selon Lacombe et Brun, la trisomie 21 ou syndrome de Down n'est pas une maladie, est provoquée par une anomalie génétique : la présence d'un chromosome 21 supplémentaire dans les cellules de la personne atteinte.

**1-2** La trisomie 21 ou syndrome de down, n'est pas une maladie mais une malformation congénitale, qui relève d'une aberration chromosomique. Elle est déclenchée par la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21ème paire de chromosomes. De ce fait la personne porteuse de la trisomie 21 ne possède pas 46 chromosomes comme toute personne ordinaire, mais 47. Ce syndrome se caractérise par une déficience mentale allant de moyenne à profonde, qui est le plus souvent associée à diverses à diverses malformations. **(Terrier, 2008, p 15).**

Dans ce cas, la trisomie 21, aussi appelée syndrome de Down, est un état chromosomique congénital provoqué par la présence d'un chromosome supplémentaire à la 21<sup>e</sup> paire.

Les personnes ayant la trisomie 21 présentent des signes cliniques distincts, un retard cognitif et des caractéristiques morphologiques et physiologiques particulières.

### **1-3 Définition selon le grand dictionnaire de la psychologie :**

La trisomie 21 est aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologique, neuromatrices, métabiologique, immunologique, et une déficience intellectuelle. (**Le grand dictionnaire de la psychologie, 2011, p968**).

La trisomie 21 est donc une aberration chromosomique résultant d'une anomalie du nombre des chromosomes. En effet, la cause en est la présence de 47 chromosomes dans les cellules, au lieu de 46 rencontrés chez une personne normale. Les personnes atteintes par cette pathologie présentent un retard développemental (intellectuel, langagier ...), des problèmes médicaux spécifiques (malformations ...).

### **1-4 Définition selon JEAN –Adolphe Rondal :**

**Rondal** définit La trisomie 21 comme son nom l'indique, c'est la présence de trois chromosomes 21 au lieu de deux, normalement, dans les cellules du corps. Cette richesse génique excessive (chaque chromosome 21 comportant 271 gènes) détermine un développement anormal du fœtus et du jeune enfant avec des conséquences perdurant tout au long de l'existence. (**2019, p19**).

Donc la trisomie 21, est une anomalie chromosomique, causée par la présence d'un chromosome 21 supplémentaire, qui entraîne un déficit intellectuel et des anomalies physiques, du fœtus et du jeune enfant.

D'après ces définitions on résume que ; Le corps humain est constitué de milliards de cellules. Chaque cellule possède généralement 46 chromosomes (23 paires) porteurs de nombreux gènes. Donc pour les personnes porteuses d'une trisomie 21, on en compte 47, en raison de la présence d'un troisième chromosome 21, au lieu de deux. La trisomie 21, aussi appelée syndrome de Down, n'est pas une maladie mais une malformation congénitale.

## 2-Aperçu historique de la trisomie 21 :

Edouard Seguin, un instituteur français chargé de classes spéciales à Paris, est vraisemblablement la première personne à avoir décrit le syndrome qui nous intéresse. Il a créé la première école spécialisée recevant des enfants déficients mentaux dans le but de les éduquer. C'est en 1846 qu'il présente ses premiers travaux descriptifs s'appuyant sur l'observation de deux adolescents. Il ne propose pas à ce moment-là d'étiquette particulière à ce syndrome. Ce n'est que vingt ans plus tard, en 1866, qu'il précise son approche et désigne l'affection des enfants observés du nom de crétinisme furfuracé. Cette dénomination est descriptive : elle tient compte, d'une part, de l'arriération mentale et, d'autre part, de l'aspect desquamé de la peau.

Au cours de la même année 1866, un médecin anglais, John Langdon Down, directeur d'un asile pour enfant, donne lui aussi une description exhaustive du syndrome. Il lui associe, comme il est l'usage, son nom, tout en proposant une véritable théorie explicative quant à son origine, liant celle-ci à la race mongole. C'est à partir de là que l'on parle de syndrome de Down ou mongolisme.

D'autres théories explicatives seront proposées par la suite, comme celle dite de l'«hérédosyphilis » en 1924, selon laquelle la naissance d'un enfant mongolien était révélatrice d'une syphilis parentale. Cette théorie, et tous les autres cautionnées bien souvent par le discours médical, eurent des conséquences malheureuses, pendant des années, pour les familles qui se sont mises à cacher leur enfant.

En 1959, une équipe de chercheurs français, composée de Jérôme Lejeune, Raymond Turpin et Marthe Gauthier, établit que le syndrome de Down est lié à la présence d'un chromosome surnuméraire sur les vingt- et -unièmes paires. Le terme de trisomie 21 est alors proposé pour désigner l'affection. Il sera adopté petit à petit en France, remplaçant le terme de mongolisme, qui n'a, à ce jour, pas totalement disparu. **(Goffinet, 2008, pp17-18).**

Donc on conclue que ; En 1846, le Dr Edouard Séguin, est le premier qui a décrit le visage très caractéristique des individus trisomiques. En 1866, le Dr John Langdon Haydon Down fait une description détaillée des personnes trisomiques d'où le nom de syndrome de Down également employé comme synonyme de trisomie 21. C'est à lui qu'on doit aussi le terme de " mongol " car il a observé que les trisomiques ressemblaient étrangement aux peuples de

### 3-les formes de la trisomie 21 :

Les personnes ordinaires ont 46 chromosomes (23 paires). Les chromosomes contiennent le matériel génétique et sont dans les noyaux de nos cellules. Chaque parent transmet à ses enfants la moitié de ses chromosomes : un chromosome de chaque paire. La trisomie 21 est définie par la présence, totale ou partielle, d'un chromosome 21 en plus : un des parents a transmis deux chromosomes 21 au lieu d'un. Dans la majorité des cas, la trisomie 21 est complète avec trois chromosomes 21 dans toutes les cellules.

Parmi les formes de trisomie 21 on trouve :

**3-1 la trisomie 21 libre :** c'est la forme la plus fréquente, les personnes ont 47 chromosomes avec 3 chromosomes 21 libre. La trisomie libre touche environ 95 % des personnes ayant une trisomie 21. Elle est le résultat d'une erreur de distribution des chromosomes, qui se produit lors de la première division cellulaire. Elle affecte toutes les cellules du corps humain. (

**Pousse, 2017, P14).**

Dans cette forme ; la personne est porteuse de cellules comportant toutes 47 chromosomes.

Cette forme correspond à une non-disjonction accidentelle des chromosomes 21, le plus souvent lors de la première division méiotique maternelle.

### 3.2. La trisomie 21 par translocation :

La trisomie 21 par translocation est retrouvée dans 5% des cas. Dans 95% des cas, il s'agit d'une translocation robertsonienne (encore appelée fusion centrique) avec translocation du chromosome 21 sur un autre chromosome acrocentrique. Ces rares cas de trisomies partielles du 21 sont à l'origine de la description de la région exacte du chromosome 21 responsable du phénotype classique de la maladie. (Cuilleret, 2007, p19).

Donc la trisomie par translocation, signifie qu'il y a eu bris d'une partie du chromosome 21 .Dans ce cas, l'enfant reçoit ce chromosome transloqué dans son bagage génétique de l'un des parents, qui est lui-même porteur, bien qu'il ne soit pas affecté par le syndrome.

**3-3 la trisomie 21 partielle :** est plus rarement, seule une partie du chromosome 21 est présente en surnombre. Les manifestations liées à la trisomie 21 peuvent être alors moins importantes. Elles dépendent de la partie du chromosome 21 qui est en triple exemplaire et des gènes qu'elle contient. Il reste toutefois difficile de faire un pronostic quant à l'évolution de la personne. (Pousse, 2017, P14).

On trouve que, cette forme de la trisomie est rare, dans ce cas seule une partie du chromosome 21 est en surnombre.

### **3-4 La trisomie 21 en mosaïque :**

Une trisomie 21 en mosaïque est observée dans 3% des cas. Elle se définit par la coexistence, dans des proportions variables selon les tissus, d'au moins deux populations cellulaires, une normale et une porteuse d'une trisomie 21. Cette mosaïque provient d'un accident mitotique (non disjonction ou perte d'un chromosome). Le phénotype de l'enfant atteint de trisomie 21 en mosaïque est imprévisible en raison de la répartition tissulaire aléatoire des populations cellulaires normales et trisomiques. (Flori, Doray, Carelle, 2006- 2007, pp 2-3).

On peut dire que la trisomie mosaïque, se produit lors de la deuxième division cellulaire et touche environ 2% de la population des personnes ayant une trisomie 21. Dans ce cas, il y a combinaison de cellules qui ont 46 chromosomes et de cellules qui en ont 47.

D'après ces formes de la trisomie on constate, que les spécialistes distinguent plusieurs formes de trisomie 21, selon la nature de l'anomalie chromosomique. Parmi ces formes : la trisomie 21 libre et homogène, la trisomie en mosaïque, la trisomie par translocation, la trisomie partielle.

La forme la plus fréquente c'est la trisomie 21 libre. A l'inverse la plus rare c'est la trisomie 21 partielle.

#### 4-L'étiologie de la trisomie 21 :

Le syndrome de Down est la principale cause génétique de la déficience intellectuelle, avec une prévalence d'un pour 700 naissances.

La trisomie 21 est le syndrome génétique autosomal le plus fréquent déterminant un degré important de handicap cognitif. Les personnes porteuses ne sont pas malades. Il convient d'éviter cet amalgame encore trop fréquent au sein du public. La trisomie 21 est une condition génétique, donc consécutive à une particularité du génome (l'ensemble du matériel génétique d'un individu). Les personnes porteuses de la condition peuvent présenter (mais pas toujours ni invariablement) une susceptibilité particulière à certaines maladies, mais il s'agit de maladies qu'on trouve également chez les individus de la population générale.

Ce qui définit biologiquement la trisomie 21 c'est, comme son nom l'indique, la présence de trois chromosomes 21 au lieu de deux, normalement, dans les cellules du corps. Cette richesse génique excessive (chaque chromosome 21 comportant 271 gènes) détermine un développement anormal du fœtus et du jeune enfant avec des conséquences perdurant tout au long de l'existence.

Le chromosome 21 est le plus petit des 46 chromosomes (23 paires) qui composent habituellement le génome humain. Il porte le numéro 21 à cause d'une erreur de classement. En d'autres termes, il aurait dû porter le numéro 22. Les 22 premières paires de chromosomes (autosomes) sont numérotées par ordre de grandeur décroissant.

La paire 23 diffère selon le sexe de la personne et détermine celui-ci : deux chromosomes X pour les personnes de sexe féminin et un chromosome X accompagnant un chromosome Y, plus court et portant moins de gènes que le X, pour les personnes de sexe masculin. **(Rondal, 2019, p19).**

On résume que la trisomie 21 est une aberration chromosomique. Elle résulte donc d'un accident mécanique subi par les chromosomes lors de la division cellulaire. Plus précisément, il s'agit de la mal disjonction des deux chromosomes 21 lors de la méiose aboutissant à une anomalie de nombre. La trisomie 21 est le syndrome génétique autosomal le plus fréquent déterminant un degré important de handicap cognitif.

## 5-Dépistage de la trisomie 21 :

Selon la loi, le dépistage et le DPN ne sont pas obligatoires. Ce sont les femmes ou les couples qui choisissent à chaque étape du dépistage et du diagnostique, après avoir été informées.

La plupart choisissent le dépistage et, si la trisomie 21 est diagnostiquée, l'interruption de grossesses. Cependant certaines ne recourent pas au dépistage ou, étant dépistées comme à risque, ne souhaitent pas poursuivre jusqu'au diagnostic ou l'interruption de grossesse. Les raisons sont variées et pas toujours confessionnelles. Cela concerne moins de 20% des enfants qui naissent aujourd'hui avec une trisomie 21. La naissance des autres, non dépistés par les techniques utilisées actuellement, est souvent vécue comme une erreur médicale. Or le dépistage n'est qu'un calcul de risque.

La politique de dépistage et DPN ciblée sur la trisomie 21 a fait passer le taux de naissance d'enfants avec trisomie 21 de 1/750 à 1/1500 naissances environ actuellement.

Ainsi il naît en France environ 500 enfants avec trisomie 21 par an et leur espérance de vie a augmenté (la moitié dépassent les 60 ans). Il est donc important de continuer à promouvoir accompagnements et éducation adaptée, accès aux soins et recherche pour que ces personnes

Avec trisomie 21 aient une bonne qualité de vie toute leur existence. **(Pousse, 2017, P22).**

Dans le dépistage prénatal on trouve deux étapes :

**5-1 dépistage combiné :** a évolué au fil des années, il est plus spécifique et plus sensible .Il est proposé au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse et permet de dépister environ 80 à 85% des fœtus porteurs de trisomie 21. On parle de "dépistage combiné", car il associe le dosage de marqueurs biologiques dans le sang maternel, la mesure de la clarté de la nuque sur l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre et l'âge maternel. Il permet d'effectuer un calcul de risque.

Lorsque le risque calculé est inférieur à 1/250, le dépistage s'arrête là. La grossesse n'est pas considérée comme étant à risque. Cependant un grand nombre des bébés avec trisomie 21 qui naissent aujourd'hui sont issus de ces grossesses réputées "non à risque». **(Pousse, 2017, P23).**

**5-2 dépistages prénatals non invasifs :** c'est un test DPNI a été conçu à partir de la découverte en 1997 par Dennis Lo et collaborateurs d'ADN dégradé d'origine fœtal circulant dans le sang des femmes enceintes. Il permet de réaliser sur cet ADN fœtal, à partir d'une prise de sang maternel dès 11-12 semaines d'absence de règles, des tests génétiques pour rechercher une surreprésentation du chromosome 21 afin de dépister la trisomie 21. **(Pousse, 2017, P23).**

Le diagnostic prénatal est un programme proposé par la France à fin de dépister la trisomie 21. Selon la loi le dépistage et le diagnostic prénatal ne sont pas obligatoire.

Dans les types de dépistage prénatal, le dépistage combiné appelé aussi le dépistage précoce, a pour but d'évaluer le risque pour le fœtus d'être porteur de trisomie 21.

Et pour le dépistage non invasif c'est un test sanguin de recherche d'ADN fœtal dans le sang maternel.

Donc, on peut dire que le dépistage de la trisomie 21 fait l'objet d'un suivi, tout au long de la grossesse, par un logiciel qui intègre les facteurs de risques et donne des informations assez précises aux futurs parents.

### **6-Diagnostic de la trisomie 21 :**

Les techniques de diagnostic prénatal(DPN) comme l'amniocentèse sont invasives (risque de fausse couche estimé entre 0,5 et 1%). C'est pourquoi le DPN pour la trisomie 21 n'est actuellement pas proposé à toutes les femmes enceintes, mais seulement aux femmes dont le risque de trisomie 21 a été évalué positif, après une première étape de dépistage prénatal.

L'étape du diagnostic est proposée aux femmes dont le risque est supérieur à 1/250 : réalisation d'un caryotype fœtal par ponction de liquide amniotique (amniocentèse) ou de villosités chorales (choriocentèse) afin d'établir le caryotype fœtal. **(Pousse, 2017, p23).**

Seule cette étape permet de donner une réponse certaine sur la présence ou non d'une trisomie 21.

La loi impose aux professionnels de santé d'informer les femmes et les couples sur les stratégies de dépistage et de DPN, à chaque étape, afin qu'ils puissent faire leur choix de façon éclairée (signature de consentement). Les professionnel doit certifier qu'il a apporté les informations nécessaires à la réflexion de la patiente.

Le dépistage et le DPN ne sont pas obligatoires : à chaque étape, c'est la femme/le couple qui décide après avoir reçu l'information en vue d'une décision éclairée. **(Pousse, 2017, p23).**

Ainsi, le diagnostic prénatal est parfois considéré comme une démarche préventive. Il ne permet évidemment pas de prévenir la survenue de l'anomalie elle-même, mais il peut en revanche, si l'on interrompt la grossesse, permettre d'éviter la naissance d'un enfant anormal. En acceptant un tel diagnostic prénatal, il ne faut pas méconnaître qu'on admet tacitement le principe de la suppression des malades que l'on ne peut guérir.

On veut empêcher la souffrance de qui au demeurant, celle de l'enfant à naître, faudrait-il encore être sur que les sujets porteurs d'une trisomie 21 soient malheureux ; en outre, chacun comprendra que le principe de supprimer la malade pour supprimer sa douleur est un raisonnement qui peut conduire très loin.

La souffrance des parents ; assurément, les parents de ces enfants souffrent tout au long de leur existence. Certains parlent de vie gâchée. Mais comment penser qu'une interruption de grossesse en pareille circonstance est un acte qui s'oublie, il peut rester lancinant, lui aussi, tout au long de la vie. **(Mattei, 2015, p10).**

## **7- l'évaluation psychologique chez l'enfant trisomique 21 :**

La trisomie 21 n'est pas une maladie .C'est un état, un ensemble d'altérations causées dans le développement physique et mental du sujet par un chromosome en trop .Cet état, appelé aussi syndrome, a pour conséquences de limiter le potentiel de la personne qui le présente.

Aujourd'hui on s'intéresse davantage au développement cognitif de ces enfants atteints d'une malformation génétique, comme la trisomie 21, Le développement est l'ensemble des fonctions du sujet qui construisent à la fois sa personnalité et ses compétences.

Ces fonctions vont déterminer le rapport de m'enfant avec son environnement, avec l'extérieur. Désormais, lors de l'évaluation psychologique, des outils spécifiques permettent d'explorer ces enfants de façon très minutieuse et de regarder leur développement avec une analyse beaucoup plus fine à la fois sur le plan de leurs compétences, de leurs comportements et de leurs développements émotionnel et social. Cette exploration microscopique de l'enfant atteint permet de décrire des profils particuliers. Les observations et les évaluations psycho développementales permettent ainsi de se rendre compte de certaines différences, mais aussi de similitudes qui existeraient entre plusieurs syndromes génétiques. Ces enfants auraient des profils communs appelés " phénotype comportemental et cognitif" venant en complément au "phénotype dysmorphologique" observé par le médecin généticien. Le phénotype comportemental et cognitif est l'ensemble des anomalies dans le développement de l'enfant qui touchent à la fois les différentes dimensions comportementales, cognitives et émotionnelles. Cependant, ces enfants ne sont pas à mettre dans un même "moule" ; même s'ils ont un phénotype comportemental commun, ils restent différents les uns des autres. Un lien commun existe entre la malformation génétique et l'altération du développement de l'enfant : la génétique participe au développement de l'enfant et à ses atteintes. Par cette participation génétique une atteinte cérébrale s'organise de façon insuffisante et entraîne des altérations dans le développement de l'enfant.

Aujourd'hui, grâce à l'évaluation psychologique, on essaie de comprendre comment l'enfant se développe. Le développement est un processus à la fois de construction mais aussi l'interaction permanente. Par exemple, lorsqu'un enfant ne parle pas, ses difficultés de communication vont gêner sa relation et peuvent entraîner des troubles du comportement. **(Lacombe et Brun,**

**2008, P13).**

On trouve que, l'évaluation psychologique a pour but de mesurer le niveau intellectuel de l'enfant pour mieux comprendre ses difficultés et observer ses capacités. Grâce au bilan psychologique en obtenues les observations permettent d'examiner son développement avec une analyse fine sur le plan de ses compétences, de son comportement et son développement émotionnel et social.

## **8-sur quelques aspects de développement psychologique de l'enfant porteur de trisomie 21 :**

La pensée trouve son origine dans la relation à l'autre, et dans la relation au monde qui nous développe en fonction des critères propres à la société qui va le prendre en charge et l'élever. Ainsi, l'environnement conditionne la construction de la pensée. Le mode de pensée et de raisonnement diffère d'une société à l'autre, d'un bout à l'autre du monde. Nous présenterons les particularités de développement de l'enfant porteur de trisomie en les confrontant aux références occidentales actuelles, qui veulent que la personne trisomique soit considérée comme un élément totalement hors norme dans nos sociétés. Il est cependant toujours bon de se rappeler qu'il en a été autrement en d'autres temps, et qu'il en est encore autrement en d'autres lieux. Il est d'autant plus important de s'en rappeler lorsque nous sommes amenés, dans notre pratique, à travailler avec des familles venant d'autres continents : le regard porté sur la personne porteuse de trisomie 21 peut y être très différent du notre. (Ammann, 2012, p 30).

Les effets de la trisomie 21 sur le développement varient d'une personne à l'autre. Bien que la déficience puisse parfois être profonde, les personnes porteuses présentent une déficience intellectuelle allant généralement de légère à modérée. Par conséquent, avec de la stimulation et des moyens adaptés, la plupart de ces personnes sont capables de s'intégrer à la société de façon autonome à l'âge adulte.

### **8-1 Troubles sensoriels et répercussions relationnelles et éducatives :**

Ce sont nos perceptions, par le biais de nos sens, qui façonnent le miroir dans lequel nous voyons notre environnement et nous voyons nous même. A partir d'elles, nous construisons une représentation du monde qui nous est propre. Tout ce que nous percevons avec plus ou moins d'intensité par nos sens nous renvoie quelque chose sur notre identité, sur notre place dans ce monde, et sur la nature de tout ce qui s'y trouve.

C'est par les perceptions sensorielles et l'interprétation qu'il en fait que l'être humain se construit et bâtit sa vision du monde. Les troubles perceptifs de la personne porteuse de trisomie sont le fait de la maturation de système nerveux, qui est chez elle plus tardive.

Les informations lui parviennent, mais avec un temps de latence prolongé, et aussi de façon plus ou moins perturbée. Cette déviation primaire et fondamentale, active dès la naissance de l'enfant porteur de trisomie 21 (et peut être avant), perdure tout au long de son existence, quel que soit son âge. Même adulte, la personne porteuse de trisomie aborde son environnement, ses expériences, de manière différente de la personne ordinaire. L'éducation, les rééducations, le parcours scolaire et le parcours de vie de la personne vont bien sur l'aider à développer et à affiner ses perceptions. Mais il n'en reste pas moins que sa vision du monde demeurera atypique. C'est en cela qu'il faut décidément cesser de prétendre que la personne porteuse de trisomie 21 se développe comme tout le monde mais que ça prend beaucoup plus de temps. (Ammann, 2012, pp 30-31).

Donc les perceptions sensorielles assurent ainsi, chez l'enfant, les premiers échanges physiques et sociaux. Chez les enfants avec trisomie 21, les troubles perceptifs vont entraîner des dysfonctionnements dans la mise en place de la communication. L'atteinte se situe au niveau central et non au niveau périphérique.

**8-2 Développement mental :** chez la plupart, il existe une déficience intellectuelle. Les

Compétences sont variables d'un individu à l'autre. Elles sont liées au capital génétique mais aussi à l'éducation, l'environnement social et familial. Résumer un enfant à son QI n'est ni intéressant ni raisonnable. (Lacombe et Brun, 2008, p64).

On trouve que, la déficience intellectuelle est présente chez la plupart des personnes avec trisomie 21. Il est important de garder à l'esprit que les capacités intellectuelles sont très variables d'une personne à l'autre. Celles-ci dépendent en effet de différents facteurs : génétique, éducationnel et environnemental.

### **8-3 Le langage**

Le développement du vocabulaire et le développement phonologique correspondant sont plus lents. Des progrès appréciables sont le plus souvent observables vers 3-4 ans. En général, les énoncés spontanés sont courts (2-3 mots) jusqu'à 5-6 ans. L'enfant exprime les différentes relations sémantiques par l'ordre des mots dans la juxtaposition. L'apparition des pronoms, préposition et articles adaptés varie suivant les enfants. Pour appréhender un message, Ces enfants s'appuient sur la situation et le contexte extra linguistique. Souvent les enfants ne gardent une compréhension correcte que des ordres simples.

Les énoncés plus complexes ou plus longs doivent s'inscrire dans la situation ou dans l'immédiateté des événements. **(Lacombe et Brun, 2008, p64).**

Donc le développement du langage de l'enfant avec trisomie 21, suit les mêmes étapes que pour l'enfant tout-venant, mais il reste ralenti et incomplet.

Par ailleurs, il n'existe pas de profil communicatif et langagier unique de l'enfant avec trisomie.

#### **8-4 L'attention**

Une labilité de l'attention existe, surtout de 4-5 ans à 12-13 ans. Une action pédagogique adaptée, prenant en compte le besoin de pauses permet de faire progresser de manière notable le temps de concentration. **((Lacombe et Brun, 2008, p64).**

On peut dire que, l'attention des enfants avec trisomie 21 peut être qualifiée de labile .Il leur est difficile de se concentrer sur une tâche et ceux-ci sont très sensibles aux stimuli extérieurs.

#### **8-5 Le temps de latence**

Il existe un temps de latence qui diminue mais reste présent même avec des rééducations appropriées. La personne a besoin de temps avant de formuler sa réponse à une question posée. Cela signifie qu'une deuxième question ou une reformulation trop rapide génère de la confusion et une impossibilité à répondre. **((Lacombe et Brun, 2008, p64).**

Nous retrouvons chez les enfants avec trisomie 21, un temps de latence variable (verbal, moteur ...) dont il est indispensable de tenir compte. En effet ils ont souvent besoin d'un délai avant de formuler la réponse à une question posée. Ce délai ne doit pas être confondu avec une absence de réponse ; il est donc important de leur laisser le temps de réfléchir avant de répondre.

**8-6 Le raisonnement :** l'enfant porteur de trisomie raisonne soit par analogie, soit par évocation. Il sectorise les étapes du raisonnement, pour arriver à l'étape finale. Ainsi la conversation peut paraître décousue, alors qu'en réalité, une logique de raisonnement existe.

Ils présentent des difficultés d'abstraction, qui proviennent d'un excès d'analyse au détriment de l'esprit de synthèse. Ils éprouvent de grandes difficultés pour réaliser les opérations inverses ou pour revenir en arrière. **(Lacombe et Brun, 2008, p64).**

Donc l'enfant avec trisomie 21 présente deux modes de raisonnement ; par analogie, par évocation. Ces enfants présentent des difficultés de synthèse et de catégorisation. Se détacher des détails pour parvenir à une conclusion générale, est pour eux, très difficile.

### **8-7 La mémoire**

Le fonctionnement de la mémoire est correct, mais un enfant porteur de trisomie 21 retient moins des choses (limitation de l'empan de mémoire). Un travail des stratégies de mémorisation permet une augmentation significative de l'efficacité. **(Lacombe et Brun, 2008, p64).**

On trouve que, la mémoire d'un enfant porteur de trisomie 21 diffère de celle de l'enfant normal. Il présente quelques difficultés malgré le fonctionnement de la mémoire est correct.

### **8-8 Le schéma corporel**

Le schéma corporel c'est la représentation ou moins consciente du corps, en action ou immobile, de sa position dans l'espace ainsi que de la posture des différents segments corporels. Le schéma corporel n'est pas inné et se construit au cours de développement. En effet, l'intégration sensori-motrice est progressive. À la naissance, l'enfant n'est pas conscient du monde qui l'entoure, ni de son corps propre, ni, a fortiori, de la séparation entre les deux. Ce sont les réflexes archaïques qui mettent en jeu les sensations tactiles et auditives (à l'origine des réactions de défense) ou orales (suction des objets).

L'enfant trisomique est facilement reconnaissable par sa morphologie particulière ; petite taille, brachycéphale au faciès aplati, la langue grosse et fissurée. Par ailleurs, il présente un retard psychomoteur global avec apathie et indifférence. **(Dictionnaire de psychologie, 1991, p645).**

Tous les individus trisomiques souffrent d'une déficience intellectuelle, mais elle peut-être différente selon les individus. L'atteinte globale des fonctions intellectuelles ne permet cependant pas une intégration sociale complète en dépit de leur caractère amical et jovial.

Chaque personne porteuse d'une trisomie 21 est bien sur unique et à sa propre personnalité, elle ne résume pas à son anomalie génétique. Le handicap peut ainsi se manifester de manière très variable selon les personnes.

## **9 Les caractéristiques des enfants trisomique21 :**

L'enfant trisomique présente certaines caractéristiques morphologiques, cognitives, motrice qui se défère à un enfant normale.

### **9-1 Caractéristiques morphologiques**

Il se caractérise par une morphologie particulière au défèrent niveaux de corps : Le niveau crâniaux facial le cou est court et large avec un excès de peau et la nuque plate avec une implantation base de cheveux, le crâne et petite. Le visage est rond et plat. Le ciel sont rares et court, la racine de nez est plat avec une ensellure nasale large en raison d'un retards d'apparition des os de nez, ce dernier et court avec des narines antéversés, la bouche est petite, souvent par hypotonie, est des oreilles sont petite et ronds, au niveau des membres supérieur les doigts sont courtes et trapus et avec un seul pli palmaire. Les membres inférieurs : les pieds courts et larges, les deux premiers orteils sont souvent espacés. **(Goffinet, 2008, p.22)**

Autre caractéristiques sur le développement : la puberté est normale chez les filles trisomiques mais les garçons resteront stériles. .

On trouve que, Certains signes morphologiques sont caractéristiques de la trisomie 21 ; un visage rond avec n nez de petite taille, des yeux en amande, des mains et des pieds plutôt petits et une taille inférieure à la moyenne à l'âge adulte.

### **9-2 Caractéristique cognitif**

La majorité présentant un faible quotient intellectuel (Q.I) allant de modérément (70) à sévèrement retarde(30) Vicari2004 ,2006contrairement a la population générale ; leur Q.I décroît

Les enfants trisomiques présentent des capacités normale dans l'accomplissement des taches simples mais présentent des difficultés dans les taches qui faisant appel à la mémoire spatiale et la mémoire à long terme, ils présentent également des difficultés dans l'acquisition des nouvelles compétences. **(Ibid, 2008, pp6- 7).**

### **9-3 Caractéristique motrice**

Des observations sur le développent sensori-motrices de 0\_ 3ans à laide de l'échelle, Urgerais et Hunt montre un écart progressif entre l'âge chronologique et le développement dans tous les domaines, et pour les trisomiques 21prend plus de temps pour passer d'un stade à un autre. **(Nacka, 1977, p 61).**

Les enfants porteur de trisomie21presentent un léger retards au cours des premières stades de l'apprentissage de la motricité (rouler, s'asseoir) ce retards s'accélérer au cours de développement : les enfants porteur de trisomie 21 ne maitrisant la marche qu'entre 15et74 mois contre 18 mois maximum par rapport à l'enfant normale. **(Julien, 2008, p7)**

On peut résumer que ; La trisomie 21 se traduit principalement par une déficience intellectuelle généralement légère à modérée, des troubles de la croissance et une insuffisance de la tonicité musculaire associée à une hyper laxité ligamentaire. L'importance du retard du développement psychomoteur dépend de chaque personne avec un rôle prépondérant joué par l'environnement, l'accompagnement et l'apprentissage dans le développement des capacités, puis de leur maintien.

## **10 -La trisomie et problèmes de santé spécifiques :**

Les personnes présentant la trisomie 21 peuvent éprouver divers problèmes de santé spécifiques et parmi ces problèmes on cite : elles risquent de souffrir de malformations du squelette, les anomalies cardiaques accompagnent souvent aussi la trisomie 21 (40 à 50%), Ces personnes risquent aussi de souffrir d'obstruction gastro-intestinale (Environ 10% et cela nécessite une chirurgie),Le mauvais fonctionnement de la glande thyroïde, Problèmes de la vue ou de l'ouïe, comme le strabisme, la myopie, la presbytie, des cataractes ou de la surdité (plus de 50%),elles courent aussi plus de risques de souffrir de leucémie que la population en général. Elles manifestent souvent, de manière précoce, des changements neurologiques qui ressemblent à ceux de la maladie d'Alzheimer. (Ghislaine & al, 2008, p21).

Donc, une attention particulière doit être portée à la prise en charge de la douleur car les personnes atteintes de trisomie 21 expriment peu ou pas la douleur (ce qui ne veut pas dire qu'elles n'ont pas mal) et ont également du mal à localiser l'endroit qui fait mal.

## **11-La prise en charge de la trisomie 21**

La prise en charge adaptée et un suivi médical particulier sont nécessaires dès la naissance pour prévenir les risques de complications et offrir la meilleure qualité de vie possible aux enfants porteurs de la trisomie 21. Parmi ces prises en charge on trouve :

### **11-1 Le suivi médical :**

L'espérance de vie des personnes porteuses de trisomie 21 était de 9 ans dans les années 1930. Plus de la moitié d'entre elles dépassent l'âge de 55 ans actuellement grâce, en grande partie, à la prise en charge des malformations, notamment cardiaques, et à l'utilisation des antibiotiques dans les pathologies infectieuses.

L'accompagnement paramédical et éducatif dès le plus jeune âge et l'insertion sociale des personnes sont aussi les causes de cette amélioration. L'accès aux soins des personnes porteuses de trisomie 21 s'est donc amélioré, mais il reste encore trop souvent difficile, en particulier pour les adultes.

Comprend à la naissance, la réalisation d'un bilan malformatif en particulier cardiaque (canal atrio-ventriculaire : 40%), digestif (sténose duodénale : 12%), urologique (dilatation Pylo-calicielle), d'un bilan endocrinien (dépistage d'une hypothyroïdie) et hématologique (risque accru de leucémie). Chez le nourrisson et l'enfant, un suivi régulier doit comporter un bilan annuel ophtalmologique et auditif, un bilan stomatologie (caries, surveillance de l'articulé dentaire), un bilan annuel musculosquelettique (scoliose), une surveillance digestive attentive (fréquence accrue du reflux gastroœsophagien, de constipation, de maladie de Hirschsprung), Un bilan endocrinien annuel (fonction thyroïdienne), ainsi qu'un bilan hématologique annuel (hémopathie). **(Lacombe et Brun, 2008, p81).**

Donc la prise en charge médicale est multidisciplinaire, adaptée à chaque personne. Le suivi médical doit tenir compte du fait que la personne trisomique analyse moins ses sensations corporelles, qu'elle les exprime moins, et ne se plaint guère. L'éducation des parents, informés des complications possibles, est essentielle pour détecter l'apparition de ces troubles.

**11- 2 La prise en charge éducative :** la prise en charge éducative, par les parents et les professionnels doit être étroitement adaptées à l'enfant pour qu'il bénéficie des conditions les plus favorables à son développement.

Les thérapies proposées, est celle de thérapie comportementale cognitive, qui s'accompagne généralement d'un programme éducatif qui concerne autant l'enfant trisomique, que la famille et ses éducateurs. Le projet éducatif, est élaboré sur la base de l'évaluation psychologique de chaque enfant qui souligne ces compétences acquises et détermine les compétences à acquérir. **(Tourette, 2001, p110).**

Donc l'objectif est d'amener par le jeu et les activités d'éveil, le jeune enfant à acquérir les règles sociales, les routines quotidiennes et à stimuler sa créativité et tout ce qui concerne son développement.

**11-3 Un suivi kinésithérapique :** le kinésithérapeute prévient l'apparition des troubles de la posture. Du fait de son hypotonie musculaire et de la lenteur de ses acquisitions. L'enfant trisomique met plus de temps que les autres à développer ses mouvements. C'est pourquoi la prise en charge kinésithérapique doit être mise en place précocement (vers 6 mois) et doit être adaptée aux particularités de cette pathologie. Ce suivi permet de prévenir, de dépister et de traiter les troubles orthopédiques qui sont fréquents chez l'enfant porteur de trisomie. Les objectifs du kinésithérapeute sont multiples : freiner l'hypotonie musculaire et la réduire, Aider le bébé à prendre conscience de son corps et ses limites par des massages et des pressions, accompagner l'enfant dans ses progrès moteurs, donner rapidement et régulièrement de bonnes habitudes gestuelles. **(Rethoré et al, 2005).**

**11-4 Un suivi orthophonique :** tout enfant porteur de trisomie 21 doit bénéficier d'un suivi orthophonique. L'existence d'une surdité fait intervenir une dimension supplémentaire, l'acceptation de la prothèse, l'éducation auditive. En  ducation précoce, favoriser l'émergence du langage et aider au développement de la communication orale sont les buts principaux de l'orthophoniste. Pour ce faire, l'orthophoniste doit soutenir les parents et les aider à instaurer une relation avec leur bébé le plus tôt possible. Il leur apprend également à reconnaître les initiatives de communication de leur bébé, à les interpréter et à recevoir de manière positive.

L'orthophoniste veille parallèlement à la mise en place des compétences socles nécessaires à l'apprentissage du langage, entre autres l'attention conjointe, le pointage et le tour de rôle.

Ainsi, l'orthophoniste a pour objectif de stimuler le langage sur ses versants compréhension et expression sans négliger l'aspect pragmatique. **(Antheunis et Roy, 2003).**

Donc lors de la prise en charge, l'orthophoniste a pour rôle de susciter et d'accompagner l'envie de communiquer chez l'enfant. Celle-ci peut débuter dès le plus jeune âge et se poursuit jusqu'à l'âge adulte.

La prise en charge précoce a pour objectif de stimuler la communication préverbale, indispensable au développement du langage et d'éviter que d'autres troubles ne se surajoutent. Cette intervention aura également des bénéfices sur du long terme ; une meilleure interaction avec autrui et une meilleure intégration dans la société.

**11-5 Un suivi psychologique :** L'accompagnement psychologique et social de la personne avec trisomie 21 s'organise autour de deux axes complémentaires : la famille et la personne. Il s'agit de soutenir la famille de l'enfant avec trisomie 21 et, d'aider celui-ci dans la construction de sa personnalité tout au long de sa vie.

L'évaluation psychologique doit être organisée avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire qui permettra un travail en partenariat avec les enseignants, l'équipe éducative, l'équipe médicale (généticien, pédiatre, médecin scolaire, psychiatre...) et paramédicale (psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien ...) et la famille. Chacun apporte son concours à la prise en charge de l'enfant. Selon l'âge, ses capacités et ses troubles des fonctions cognitives et sociales, l'enfant sera scolarisé en classe ordinaire à temps complet ou partiel (école maternelle ou élémentaire), en CLIS (classe d'intégration scolaire) ou en U.P.I (unité pédagogique d'intégration) ou un établissement spécialisé. Pour le jeune enfant atteint de trisomie 21, l'école constitue un milieu riche sur le plan des modèles linguistiques et des jeux proposés par ses pairs non handicapés qui participent à sa socialisation. **(Fallet, 2009, p110).**

On conclue donc, pour l'accompagnement psychologique et social de la personne avec trisomie 21, s'organise autour de deux complémentaires ; la famille et la personne. Il s'agit de soutenir la famille de l'enfant avec trisomie 21 et, d'aider celui-ci dans la construction de sa personnalité tout au long de sa vie.

Grace à ces multiples types des prises en charge, la qualité de vie des personnes avec trisomie 21 s'est considérablement améliorée au cours des dernières décennies et leur espérance de vie dépasse aujourd'hui en moyenne les 50 ans.

Une prise en charge adaptée est nécessaire dès la naissance pour offrir la meilleure qualité de vie possible à toute personne porteuse d'une trisomie 21. Un projet personnalisé avec, dans la mesure du possible, une intégration scolaire en milieu ordinaire, est souhaitable pour favoriser la socialisation. D'un naturel en général ouvert et joyeux, les jeunes et adultes trisomiques sont en effet souvent à la recherche de contact et d'échanges avec les autres. La prise en charge paramédicale repose sur une complémentarité d'approches thérapeutiques : kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie, psychologie.

A l'âge adulte, et quelle que soit la situation de la personne (salarié ou bien résident au sein d'un établissement), un accompagnement spécifique reste préconisé, afin de permettre à la personne de vivre le mieux possible avec son handicap.

### **Conclusion :**

La trisomie 21 est la 1<sup>ère</sup> cause de retard mental, se caractérise par une malformation chromosomique. Elle est due à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21<sup>e</sup> paire de chromosomes.

Avec les progrès techniques, le dépistage et le diagnostic des fœtus atteints de cette maladie sont plus performants et efficaces, mais les scientifiques continuent à chercher de nouvelles solutions pour le dépistage.

Il n'existe pas de traitements spécifiques pour la trisomie 21, mais la prise en charge précoce des enfants est pour l'instant ce qu'il y a de plus efficace.

## **Chapitre 02 :**

### **L'image du corps et ses caractéristiques**

## Préambule

L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. Elle désigne une représentation Plus ou moins consciente du corps.

Pour des enfants qui présentent une trisomie 21 peuvent présenter des caractéristiques et des qualités d'image du corps différentes de celle de l'enfant normal.

Nous allons dans ce chapitre étudié ; définition de image, le corps, l'image du corps, les concepts liés à l'image du corps, l'image du corps et la représentation de soi, l'image du corps et l'identité, les composants de l'image du corps, le corps libidinal, l'Image du corps et le développement libidinal, les processus psychique concourants à l'élaboration de l'image du corps, qualité de l'image du corps, l'image du corps et les déformations du corps.

### **1-Définition des concepts liés à l'image du corps :**

#### **1-1 notion d'image**

Le terme « image » renvoie plutôt au model interne concret ou abstrait des objets auxquels elle se rapporte et non à leur vision mentale, l'image en tant que simple perception, le reflet interne d'une réalité externe, copie conforme dans l'esprit de ce qui se trouve hors de l'esprit. Elle est donc la reproduction passive d'une donnée immédiate. (Sperando, 1983, p67).

#### **1-2Le corps**

##### **1-2-1 Définition de corps en médecine :**

Ce terme consiste généralement un sens et réalité somatique ; il est employé par référence à une réalité anatomique et physiologique évoquant un symptôme plus ou moins bien localisé, ou le mauvais fonctionnement d'un organe dans le corps, évoquant aussi qu'une plainte devra être définis par une altération générale de la conscience du corps. (Bernald, 1977, p 151).

### **1-2-2 Définition de corps selon Norbert Sillamy :**

Pour **Sillamy** le corps est un Concept traditionnellement opposé à celui de psychisme. Ce concept et ce dualisme se sont trouvés complètement bouleversés, dans un premier temps, suite à l'introduction par Freud des concepts de conversion hystérique et de pulsion, et dans un second temps, suite à l'élaboration par Lacan des concepts de corps propre, d'image spéculaire, de corps réel, de corps symbolique, de corps des signifiants et d'objet. (2003 , p218).

### **1-2-3Le terme « corps » en psychanalyse**

Selon **Anne Sanglade**, le corps y est désigné comme un principe unificateur contenant, délimitant les modes externes et internes, corps membrane à la fois séparant et mettant en contact, fondant l'unité de soi en même temps qu'instaurant la différence avec l'autre, facteur d'isolation et de communication, pouvant assurer la différence de potentiel comme l'osmose. (1983, p106).

La notion de corps s'élabore en référence au corps humain, pour autant qu'il soit défini comme, objet pulsionnel. Il ne s'agit pourtant plus de ce corps humain en tant qu'il est saisi visuellement, dont le contour bien distinct permet de contenir la substance amorphe de la subjectivité primitive, mais de ce corps qui fonctionne dans l'exacte mesure où il a lui même des limites incertaines. (Lacan, 1994, p190).

On peut dire que le corps humain, désigne l'ensemble de ce qui structure anatomiquement et anthropologiquement, l'organisme de l'être humain.

## **1-3 L'image du corps**

### **1-3-1la définition d'image du corps :**

Selon le **dictionnaire de la psychologie** c'est une représentation imaginaire que chaque sujet a de son propre corps et qui est à distinguer du schéma corporel, dont la base est neurologique. Elle comporte des aspects conscients, préconscients et inconscients ; elle n'est pas donnée d'emblée, mais se constitue au cours de la premières enfance. (1991, p138).

D'après cette définition, l'image du corps c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit. Autrement C'est la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. Elle se constitue au cours de la première enfance.

### **1-3-2 Définition d'image du corps selon Françoise Dolto :**

Selon **Dolto** l'image du corps est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire, se structurerait par la communication entre le sujet et la trace. De ce fait, l'image du corps d'éloignerait d'une dimension purement anatomique ; c'est l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. Elaborer sur des expériences émotionnelles. (1984, pp 16-23).

Donc l'image du corps est une construction psychique de la représentation du corps, elle est éminemment personnelle et inconsciente fondatrice notre identité, sa construction s'appuie à la fois sur des facteurs sociaux et psychologiques.

### **1-3-3 Définition de l'image du corps selon schilder**

En 1935, **Schilder** introduit le terme d'image du corps, il insiste sur l'existence d'une image optique et non pas seulement posturale.

"L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit".

Selon **Schilder**, l'image du corps est un terme bien fait pour montrer qu'il ya ici autre chose que sensation pure et simple. (p42).

L'image du corps est l'idée en perpétuel remaniement que chacun se fait de son corps, elle traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation aux autres des qualités de notre corps. L'image du corps est liée à notre histoire personnelle (affective, psychologique, physiologique ...).

## **2-Les concepts liés à l'image du corps :**

### **2-1 le schéma corporel**

Le schéma corporel serait « en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine ». Il correspondrait à un « vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité », se référerait au « corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate » et se structurerait par « l'apprentissage et l'expérience ». En résumé, il serait « une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique ». (Dolto, 1984, pp 16 -23).

## 2-2 L'image du corps

L'image du corps serait, au contraire, propre à chacun : « elle est liée au sujet et à son histoire ». Elle serait « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles ». De ce fait, l'image du corps s'éloignerait d'une dimension purement anatomique : c'est « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant ». L'image du corps se structurerait par la communication entre le sujet et la trace.

Pour **F. Dolto**, elle s'actualise dans toute expression langagière, mimiques ou gestes, composition libre (graphique ou plastique). L'image du corps pourrait aussi être un moyen d'expression pour l'enfant : « chez les enfants qui ne peuvent pas parler directement de leurs rêves ou leurs fantasmes comme le font les adultes dans les associations libres, l'image du corps est pour le sujet une médiation pour les dire ».

Selon **F. Dolto**, ces deux concepts s'articulent entre eux : « c'est lui, ce schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une intersubjectivité » et « c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui ». (1984, pp 16 -23).

Donc L'image mentale que nous nous faisons de notre corps est façonnée par nos perceptions, nos émotions, nos souvenirs. Cette représentation fluctue, évolue, et est source de conflits psychique quand elle ne correspond pas à ce que nous désirons. Au contraire, le schéma corporel est un automatisme physique qui nous permet d'agir au quotidien.

### 2-3 La différence entre le schéma corporel et l'image du corps

Le terme de schéma corporel désigne l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Il est à peu près synonyme de ceux d'image du corps et de modèle postural.

Toutefois, la notion de schéma souligne par rapport à celle d'image, qu'il ne s'agit pas seulement d'une accumulation de données perceptives sur d'une structure qui intègre un ensemble d'informations en assurant l'unité d'une forme permanente. Si le modèle postural joue un rôle important, le concept de schéma corporel revêt un sens plus large intégrant d'autres données sensorielles et tenant compte du corps en mouvement dans les interactions physiques et sociales avec l'environnement. Les informations qui contribuent à la construction du schéma corporel proviennent donc de sources multiples : sensations tactiles, thermiques et douloureuses, sensations visuelles et vestibulaires, musculaires et viscérales. Un principe organisateur assure non seulement l'intégration de ces sensations, mais crée le sentiment de l'unité et de l'individualité du corps propre.

Les travaux récents de neurophysiologie et de neuropsychologie ont permis de distinguer deux notions plus ou moins confondues dans la littérature neurologique.

Un premier niveau de traitement des informations sensorielles permet l'élaboration d'une image du corps, support de l'expérience consciente de notre corps perçu comme un corps identifié. L'expérience du corps situé résulterait ensuite du traitement des informations sensorielles quant à la position respective des différentes parties du corps et quant à la position du corps dans un espace référence «égocentré».

Les approches psychanalytiques (par exemple f.Dolto, 1980) qui distinguent également le schéma corporel de l'image du corps. Pour la psychanalyse, le schéma corporel, qui est en partie inconscient, mais également conscient ou préconscient, réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate. Il est en principe peu sensible aux variations interindividuelles : à âge égal, il sera le même pour les différents individus de l'espèce humaine. . A l'inverse, l'image du corps, qui est toujours inconsciente, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. Elle représente la synthèse vivante des expériences émotionnelles du sujet. (**Dictionnaire fondamental de la psychologie, 2002, p817**).

Elle est constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes, lieu privilégié d'expression des pulsions. **(Dictionnaire fondamental de la psychologie, 2002, p818).**

Le tableau suivant représente la différence entre le schéma corporel et l'image du corps.

**Tableau N°1 : la différence entre le schéma corporel et l'image du corps :**

<b>Image du corps</b>	<b>Schéma corporel</b>
Propre à chacun, liée au sujet et à son histoire.	Le même pour tous les individus.
Se structure par la communication entre le sujet et la trace.	Se structure par apprentissage et expérience.
Inconsciente.	Précis.
Elaborer sur des expériences émotionnelles.	Elaborer sur des sensations.

Donc on peut résumer, que le schéma corporel c'est la représentation physique, physiologique, que l'individu a de lui-même .Et c'est un ensemble de processus perceptifs et organiques qui nous permet de saisir l'unité de notre corps. Pour toute espèce humaine, il est le même. Il est le vécu du corps actuel dans l'espace.

Par contre l'image du corps, est liée au sujet et à son histoire, s'élaborant dès les premiers temps de l'existence. Elle est vivante et synthétise les expériences émotionnelles de la personne. Elle est associée à la parole de celui qui s'exprime en utilisant cette image du corps, elle devient alors une interface d'expression d'un vécu du corps dont l'esprit peut n'avoir jamais en conscience.

## 2-4 l'image du corps et la représentation de soi

La représentation de soi désigne corps « objectalisé », 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 étroitement tributaire du réseau des relations que nous constituons et dans lesquelles nous sommes pris, elles peuvent à chaque instant s'en trouver modifiées, s'éprouvant solide ou détruite, désir ou reflété. Cette notion se trouve ainsi au carrefour de l'épreuve narcissique et de la vie relationnelle. (Sanglade, 1983, p106).

On peut dire aussi la représentation de soi signifie une projection du corps que l'on extériorise et l'on diffuse, que l'on donne à voir un corps « objectalisé ».

## 2-5 l'image du corps et l'identité

L'identité, selon **E.W.Pireyre**, pourrait s'acquérir dès la naissance et elle « trouve ses racines dans notre corps et dans la relation à nos parents ».

Une certaine affection va alors être donnée à l'identité par les positions parentales conscientes et inconscientes. Ainsi, l'enfant ne pourra se construire que « s'il est représenté, dans l'esprit de ses parents comme différent et séparé de l'adulte ».

Si tel est le cas, le processus de subjectivation peut se développer. Il va s'appuyer sur certains aspects de la sensorialité et du dialogue tonique. En effet, les flux sensoriels vont lui permettre de réaliser « l'actualisation de la limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps ».

L'enfant va aussi pouvoir « éprouver une forme de communication primitive et primordiale, le dialogue tonique » et grâce à l'adjonction de l'attachement affectif, il va pouvoir amorcer le processus d'individuation. (2011, p.11).

On peut considérer l'identité comme la deuxième sous-composante de l'image de corps. Elle s'acquiert dès la naissance et à travers l'apport du corps et les relations parentales qu'il prend racine, l'enfant se construit ainsi qu'un processus de subjectivation.

### 3-les composants de l'image du corps

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

**3-1 l'image de base :** est « ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une « même té » c'est à dire dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance [...], c'est comme cela que je définis le narcissisme, comme la mêmeté d'être connue et reconnue, allant devenant pour chacun dans le génie de son sexe » (**Dolto, 1984, p50**).

**3-2 L'image fonctionnelle** L'image fonctionnelle est active, elle permet d'assurer l'identité et d'établir des relations avec l'environnement : « le sujet vise a l'accomplissement de son désir » ce qui est rechercher à ce niveau est la satisfaction de la pulsion dans la relation à l'autre et ce qui l'entour c'est grâce à l'image fonctionnelle que les pulsions de vie peuvent après s'être. Subjectivée dans le désir, visé à se manifesté pour obtenir plaisir .De plus, l'image fonctionnelle est l'empreinte laissé dans l'inconscient par le ressenti d'un corps pleinement engagé dans l'échange avec un autre désiré mais aussi désirant. (**Nasio, 2007.P216**).

**3-3 L'image érogène :** l'image érogène « pour seulement la présenter, je dirai qu'elle est associée a-t-elle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalise plaisir en déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés, traits et trous, images douées d'intention émissives, actives ou réceptives passives à but agréable ou désagréable ». (**Dolto, 1984, p57**).

Donc l'image de base, ne peut être atteinte, ne peut être altérée, sans que surgissent aussitôt une représentation, un fantasme qui menace la vie même

L'image fonctionnelle, est une image de type sthénique « de type active » d'un sujet qui vise l'accomplissement d'un désir.

C'est grâce à l'image fonctionnelle que les pulsions de vie s'objectivent dans la relation au monde et à autrui. »

L'image érogène ouvre au sujet la voie d'un plaisir partagé et peut être exprimé par des mots dits par autrui, mémorisés . . . .

#### **4-le corps libidinal :**

##### **4-1L'image du corps et la relation d'objet.**

Le regard est une relation sujet/objet Le regard semble un concept fondamental, puisque c'est lui qui va permettre à cette identification au semblable d'évoluer. L'image du corps propre passe par celle imaginée dans le regard de l'autre. Mais également c'est le regard qui permet la distinction entre le sujet et l'objet, et au premier de s'identifier comme sujet et de reconnaître l'autre comme objet. Et le Moi n'est plus qu'un succédané du regard du je et de l'autre Si Lacan introduit l'autre, - c'est-à-dire celui que voit l'enfant dans le miroir -, en tant que parole et que regard, c'est plutôt la relation à l'autre qui a conduit **Dolto (1981)** à définir l'image inconsciente du corps comme substrat relationnel. Elle écrit : «L'image Inconsciente du Corps se structure au sein de la relation désirante, langagière et affective avec autrui ». Le corps vu dans les mots de l'autre, son toucher ou son amour, permet de le reconnaître ou de le distinguer comme corps à soi. Cette relation à l'autre s'établit certes aussi et surtout pour la psychanalyste par le regard. **(p69)**.

Mélanie Klein parle également du va et vient du regard. Si l'enfant a besoin du regard de l'autre pour se reconnaître, par établissement de la relation d'objet, L'autre se voit également en lui, dans ce qu'il n'est pas et désire être ; par les processus d'internalisation et d'externalisation, c'est tout le processus du désir qui entre en jeu et assujettit encore plus l'enfant à la demande de l'autre. En somme, ce que l'autre veut voir en l'enfant dépend de ce qu'il accepte ou refuse d'assumer, il projette un autre lui-même en lui (identification projective), amenant à la formation du surmoi. L'angoisse de morcellement est si redoutable (position schizo-paranoïde), que l'enfant accepte ce surmoi précoce greffé sur la loi du talion (1930). **(Klein, 1968, pp29-89)**.

. Elle y ajoute la notion de coïncidence de l'image du Moi et de la représentation du Monde par la formation du symbole, qui se confirme cliniquement dans la dépersonnalisation où le malade vit tragiquement une impression de fin du monde. Le stade du miroir, passage obligatoire du développement dans la psychanalyse lacanienne, introduit une nouveauté qualitative dans l'organisation de la personnalité. Mais comme tout passage, il prend sur lui tous les risques des stades antérieurs qui le préparent, et dont la défaillance le rend particulièrement vulnérable, ou même impossible. **(Klein, 1968, pp29-89).**

C'est là que Winnicott (1971) influencé par la pensée de Lacan et celle de Klein, met en relation le miroir et le visage de la mère. Le psychanalyste britannique introduit l'idée qu'avant même cette phase du miroir et avant même que l'enfant n'ait saisi son corps comme total et comme sien, le bébé recherche déjà son reflet dans les yeux et le visage de la mère.

Lorsque cet échange est rompu, que la mère ne renvoie pas au bébé ce qu'il lui donne à voir, l'enfant ne se voit pas lui-même et se trouve en difficulté. Le bébé au sein ne regarde pas le sein, il tourne son visage vers la mère qui le regarde, et ce qu'il voit généralement, c'est lui-même, à travers le regard de la mère qui observe et qui approuve : « quand je regarde, on me voit, donc j'existe : je peux alors me permettre de regarder et de voir ». C'est ainsi que le regard winnicottien de la mère et l'expression de son visage, participent à la reconnaissance de soi. Mais une autre idée s'impose au bébé, qui l'aidera à développer sa perception de la réalité, c'est quand il prend conscience que ce qu'il voit ce n'est pas un miroir, mais le visage de la mère.

De cet échange significatif entre la mère et le nourrisson qui mène ce dernier du mode d'apercevoir la mère, au mode de la percevoir, permet au bébé de se sentir exister, de se sentir réel à travers la relation sujet/objet. Un tel réfléchissement du moi, ne peut advenir en cas de défaillance maternelle. Tel est le cas où « la mère ne refléterait que son propre état d'âme ou, pis encore, la rigidité de ses propres défenses ».

En fait, l'émotion exprimée dans le visage de la mère lorsqu'elle regarde son bébé permet à l'enfant de se faire une image de lui-même : « la mère regarde son bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit ».

Si la mère regarde l'enfant avec une expression de tendresse et d'admiration, l'enfant se verra comme un être admirable et émouvant. En revanche, une mère figée dans ses propres soucis, dénigrant la présence de l'enfant, lui offrirait une vision beaucoup moins positive de lui-même, il se verrait comme insuffisant à retenir l'attention et l'admiration de sa mère, et surtout ne se ressentirait pas comme ayant la capacité d'émouvoir ou de plaire. (Winnicott, 1971, pp153-162).

Donc, on conclue que les concepts de regard, le miroir et le visage de la mère sont fondamentales dans la relation sujet /objet. Et ils jouent un rôle important dans la construction de l'image du corps d'un enfant.

## **5- L'image du corps et le développement libidinal :**

La constitution du l'image du corps sont étroitement liées à la libido.

**5-1-la première phase : La « phase oral » :** est qualifiée par S, Freud comme une phase de « cannibalisme », de part un caractère sexuel, qui en réside dans l'incorporation d'un certain objet qui jouera, tardivement, un rôle important dans l'identification, par le moyen de suçotement sera la référence de cette phase. (Vanier, 2005.P82).

Selon **Braconnier** ce premier stade s'organise sur deux vécus ; le premier est le stade oral primitif, dès le premier semestre de la vie, la bouche est foyer et le moyen d'approche, la succion du sein maternel, absorption par tous les organes sensoriels et la peau de toutes les stimulations qui entrent dans le champ accessible à l'enfant. S'accompagne d'une satisfaction libidinale intense, dite oral. Dans la frustration, l'attente, l'enfant apprend vite à sucer une partie de son propre corps, se donnant ainsi une satisfaction autoérotique, le deuxième est le stade tardif, en partie l'incorporation pour morsure se substitue à la succion. La douleur dentaire, la colère contre la mère (le retrait du sien), la rage impuissante engager l'enfant dans des expériences sadomasochistes confuses. Donc, enfant ambivalent et narcissique. (2006, P83).

**5-2 La deuxième phase : Nommée « la phase sadique-anal » :** C'est avec le début du contrôle sphinctérien que commence ce stade. La zone érogène devient la région anale, avec le plaisir de la défécation et de la rétention volontaire. L'enfant considère le contenu de ses intestins communs partie de lui-même, qu'il peut ou non, selon son bon vouloir, offrir en cadeau à sa mère dans le pot.

Son autonomie croissant déclenche des interdits parentaux, qui suscitent chez lui des sentiments d'agressivité qu'il décharge sur des objets (aspect sadique). La relation de l'enfant à l'objet libidinale s'exprime en termes de possession/expulsion. Le moi se renforce et les interdits parentaux sont à l'origine du surmoi (**Romano, 2011, P57**).

**5-3 La troisième phase: Cette période est dénommée « la phase phallique »** : spécifiée nettement par le complexe d'Œdipe. Entre trois et cinq ans. Les organes génitaux deviennent zone érogène dominante. Les tensions se déchargent principalement sur la masturbation génitale.

Chez le garçon, le complexe d'Œdipe positif consiste dans le fait que intensifiant son amour pour sa mère, il ressent un conflit entre son amour pour son père, et sa haine contre le père. On parle de complexe d'Œdipe négatif lorsque c'est la mère qui est ressentie comme gênant l'amour pour le père. Chez la fille, l'évolution plus complexe vers le père est préparée par les déceptions dans la relation avec la mère, principalement l'absence du pénis. L'envie du pénis est remplacée par le désir d'avoir un enfant du père. (**Braconnier, 2006, P39-41**).

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

L'unification de cette image du corps, qui se relie avec l'image de soi et le schéma corporel, s'approprie par la parole et par la relation symbolique avec autrui, qui fait à ce que le nourrisson puisse vivre dans un tout, à considérer que les perceptions rencontrées et accumulées, à savoir les excitations provoquées par la castration et l'insatisfaction d'un quelconque désir, pourraient être des percussions sur un mode de vie morcelé et introjecté. (**Paquis, 2008, P6**).

Donc les trois stades ; oral, anal et phallique comme, des parties principale de l'enfance qui marquent le développement psychique et physique de l'enfant.

## **6-les processus psychiques concourants à l'élaboration de l'image du corps**

### **6-1 L'intériorisation**

Dans son acception générale, ce terme désigne l'ensemble des processus par lesquels certains éléments du monde extérieur sont intégrés au fonctionnement mental d'un sujet, sous forme de représentations qui contribuent à la réorganisation des structures affectives ou cognitives antérieures.

Selon J-Piaget ce terme renvoie plus particulièrement aux mécanismes par lesquels les produits des activités d'assimilation et d'accommodation, réglées par les schèmes sensori-moteurs, sont reconstruits et coordonnés au plan mental. L'intériorisation constitue, avec la différenciation, le processus majeur qui conduit à l'émergence de la fonction sémiotique, et ultérieurement au développement de la pensée représentative sous sa forme opératoire.

Chez L.S.Vygotsky et les tenants de l'interactionnisme social, ce terme désigne le processus d'appropriation et de reconstruction des significations sociohistoriques véhiculées par le langage de l'entourage, qui se traduit d'abord par l'apparition du langage intérieur, puis par le développement de la pensée verbale.

En psychanalyse, cette notion est parfois utilisée comme synonyme d'introjection (notamment par l'Ecole Kleinienne), et parfois comme synonyme d'identification. Elle est aussi utilisée de manière plus spécifique pour désigner les processus de reconstruction, au niveau intrapsychique, de relations inter psychiques (intériorisation de la relation d'autorité père-enfant sous forme de la relation surmoi-moi). Comme la représentation, dans son sens psychanalytique, ce processus suppose que soit réalisée la différenciation structurale de l'appareil psychique (conscient, préconscient, inconscient), qui permet que les relations de conflit soient vécues à ce niveau. (**Dictionnaire de psychologie, 1991, p395**).

## 6-2 L'identification

L'identification est mécanisme qui tend à rendre le moi propre semblable à l'autre pris comme modèle. « Le moi copie », écrit Freud dans son article l'identification. Lacan, avec le stade du miroir montre que c'est par une identification que le petit enfant anticipe imaginativement la forme totale de son corps, mettant ainsi en place la première ébauche du moi, souche des identifications secondaire. Mais dans ce temps essentiel, il faut souligner que l'enfant est porté par une mère dont le regard le regard, c'est là tout le champ de la narcissisation comme fondatrice de l'image du corps de l'enfant et de son statut narcissique à partir de ce qui est d'abord amour de la mère et ordre du regard porté sur l'enfant mais, en même temps, si l'enfant reconnaît son image dans le miroir, c'est d'abord comme un autre qu'il se voit et s'appréhende. « Le moi c'est l'autre ». Le phénomène du transitivity en est l'illustration.

Parallèlement à la reconnaissance de soi dans le miroir, on observe chez le tout-petit mis en présence d'un autre enfant, proche en âge, un comportement particulier : il observe curieusement, l'imité, tente de le séduire ou l'agresse. C'est l'enfant qui voit tomber l'autre qui pleure, celui qui bat dit être battu, et plutôt qu'un mensonge d'enfant on reconnaît ici le moi, instance de l'imaginaire au sens de l'image, le moi de la relation duelle, de la confusion entre soi et l'autre ; car c'est dans l'autre que le sujet se vit tout d'abord et se repère.

On peut donc dire que le moi c'est l'image du miroir en sa structure inversée. Le sujet se confond avec cette image qui le « forme » et l'aliène primordialement.

Lacan, comme Freud, mettra l'accent sur la multiplicité des identifications et donc des moi. Le moi est fait de la série des identifications qui ont représenté pour le sujet un repère essentiel à chaque moment historique de sa vie. (**Le grand dictionnaire de la psychologie, 2011, p583**).

En psychanalyse, ce terme désigne les processus inconscients (à distinguer de l'imitation préconsciente ou consciente) au travers desquels se réalise la structuration du moi et de la personnalité ; le sujet « se met à place de l'autre » (rival, agresseur, objet d'amour) pour des raisons qu'il méconnaît.

A l'étape d'identification primaire, qui se caractérise par la fusion entre le sujet et son modèle (indifférenciation ou participation syncrétique), succède celle de l'identification structurante (de la période œdipienne à la puberté). Dans laquelle le moi et le surmoi s'organisent en conformité avec le modèle fourni par l'entourage parental. Cette étape est elle-même suivie de celle d'identification indépendante (après la puberté), par laquelle le moi et le surmoi se construit sur la base de l'expérience propre, et perd sa dépendance à l'égard des modèles externes. **(Dictionnaire de la psychologie, 1991, p359).**

Donc on peut dire que, les processus de : l'identification et l'intériorisation comme des concepts central dans la théorie psychanalytique, en raison de leurs rôle dans le développement et la structuration de la personnalité, et leurs importance dans le développement des structures comme le moi et le sur-moi.

## 7-Qualité de l'image du corps

L'image corporelle est un construit complexe qui englobe les perceptions et les attitudes qu'a un individu envers son corps, plus particulièrement envers son apparence physique. La composante perceptuelle de l'image corporelle consiste en la représentation mentale que la personne se fait de son propre corps et elle est exprimée par la différence entre la silhouette réelle de cette personne et celle désirée. Cette composante comporte souvent des inexactitudes, la perception de la silhouette réelle étant généralement surestimée. Les composantes attitudinales, quant à elles, réfèrent aux pensées, croyances, sentiments et comportements d'un individu à l'égard de son corps. Elles incluent l'évaluation (degré de satisfaction/insatisfaction vis-à-vis son apparence jumelé aux croyances qui en découlent). Parmi les qualités de l'image du corps, on trouve :

### 7-1 La bonne qualité de l'image du corps

Une image corporelle positive signifie que la personne se sent bien dans son corps et qu'elle en est satisfaite, indépendamment de son poids, de sa silhouette ou de ses imperfections. Elle se soucie des besoins de son propre corps. Sa bonne estime d'elle-même lui permet de rejeter les idéaux corporels irréalistes tels qu'ils sont par exemple véhiculés par les médias. Cette situation va souvent de pair avec des comportements favorables et positifs, comme par exemple des habitudes équilibrées en matière d'alimentation et d'activité physique. Notre image corporelle n'est pas gravé dans le marbre et nous ne sommes pas seuls à la former; notre environnement l'influence également et la fait évoluer en conséquence. Nous pouvons améliorer notre image corporelle en évitant de nous laisser prescrire par les journaux ou les médias online à quoi un corps idéal devrait ressembler. C'est nous qui décidons comment nous percevons notre corps et ce que nous éprouvons et pensons à son égard.

Une image corporelle positive joue un rôle essentiel pour notre santé psychique et physique ainsi que pour notre développement – non seulement en ce qui concerne le rapport émotionnel à notre corps, mais également par rapport à de nombreux autres domaines de l'existence. Les personnes ayant une image corporelle positive présentent une meilleure estime d'elles-mêmes, s'acceptent mieux et affichent une attitude plus saine vis-à-vis de la nourriture, des repas et de l'activité physique. (Tylka, 2011, p55).

### **7-1-1 Caractéristiques d'une image corporelle positive**

La notion d'image corporelle positive comprend un ensemble de caractéristiques, qui divergent selon les auteurs. Selon une étude de Williams et al. , l'image corporelle positive est caractérisée par l'optimisme, l'estime de soi, le soutien social, le coping adaptatif et la stabilité pondérale. De ce fait, il est possible de faire une distinction entre les femmes ayant une image corporelle positive de celle ayant une image corporelle neutre ou négative. Une étude menée par Wood-Barcalow et al. , dans le but de mieux comprendre la construction de l'image corporelle positive, a permis de faire émerger les caractéristiques qui y étaient associées. Ils ont ainsi pu définir l'image corporelle positive comme un amour global et un respect pour son corps qui permet de: apprécier la beauté unique de son corps et les fonctions qu'il accomplit, accepter et admirer son corps (y compris les corps qui diffèrent des images idéalisées), se sentir beau/belle, confortable, confiant/e et heureux/se avec son propre corps (qui se reflète souvent comme un rayonnement extérieur, une "lueur"), se focaliser sur les qualités de son corps plutôt que s'attarder sur ses imperfections, interpréter les informations reçues de manière à protéger son corps: l'information positive est internalisée tandis que l'information négative est rejetée et avoir une connexion consciente avec son corps qui permet d'identifier et répondre à ses besoins. **(Tylka, 2011, pp56-64).**

Pour les personnes ayant une image corporelle positive, on peut dire que ils sont plus satisfaites de leur corps, en prennent davantage soin et sont en mesure de jeter un regard critique sur les idéaux de beauté qui prévalent au sein de la société. L'individu développe sa propre image corporelle non seulement en fonction de son évolution personnelle, mais également sur la base de ses interactions avec la société.

### **7-2 La qualité de l'image du corps fragile**

Une image corporelle fragile signifie qu'une personne a des pensées et sentiments négatifs par rapport à son propre corps et qu'elle n'en est pas satisfaite. Cette insatisfaction ne se limite souvent pas à la taille et au volume du corps, mais peut également inclure la couleur de peau, les caractéristiques physiques de nature religieuse ou ethnique ainsi que les atteintes physiques.

Peau, les caractéristiques physiques de nature religieuse ou ethnique ainsi que les atteintes physiques. Ainsi, nous sommes parfois convaincus d'être trop gros bien que nous soyons normaux, voire trop maigres pour notre taille. L'apparence que nous croyons devoir avoir est influencée par les amis et la famille, par des messages véhiculés par les médias (notamment les images) et les opinions individuelles. L'image corporelle négative devient problématique lorsque le désir de modifier son corps conduit à adopter un comportement dangereux pour la santé ou lorsqu'elle perturbe sérieusement la santé psychique.

Des caractéristiques personnelles d'un individu, peuvent elles aussi engendrer une insatisfaction vis-à-vis de l'image corporelle. Les personnes qui sont concernées par une image corporelle fragile sont : perfectionnistes, sont facilement influençables, ont tendance à se comparer avec les autres, ont tendance à se voir comme elles pensent être perçues par l'extérieur. **(Grogan, 2008, p5).**

On conclue que, tout le monde peut souffrir d'une image corporelle fragile : les hommes, les femmes, les enfants et les jeunes. Des événements majeurs tels que grossesse, maladie, invalidité et opérations peuvent avoir une influence sur l'image corporelle, quel que soit l'âge. Par ailleurs, il y a des périodes de la vie qui favorisent les troubles de l'image corporelle. Les jeunes en particulier souffrent fréquemment d'une image corporelle.

Enfin on trouve que, l'image corporelle se développe sous : l'influence conjuguée des facteurs environnementaux, des expériences relationnelles (p. ex. socialisation culturelle, y compris un idéal de beauté dominant, feed-back, apprentissage à partir d'un modèle), des facteurs interpersonnels cognitifs et émotionnels (p. ex. estime de soi), des caractéristiques physiques (poids, apparence physique), du comportement (bonnes/mauvaises habitudes alimentaires, attention portée à son corps).

## 8-l'image de corps et les déformations de corps

La distorsion de l'image corporelle (dysmorphie corporelle) se caractérise par la préoccupation constante et envahissante d'une personne pour un défaut physique imaginaire ou léger. « Cette personne ne voit pas son corps comme les autres le voient, et elle n'arrive pas à croire les gens qui lui disent qu'elle paraît bien ».

En réalité, un défaut perçu peut être très léger, voire inexistant, mais pour une personne qui a une vision déformée de son corps, cette imperfection est capitale, et elle est souvent la cause d'une grave détresse émotionnelle et de difficultés à fonctionner au quotidien. Certains enfants ou adolescents peuvent s'absenter de l'école ou du travail, éviter les interactions sociales et s'isoler, même de leur famille et de leurs amis.

« Cette image déformée du corps peut alimenter les mauvaises habitudes et les tentatives pour contrôler ou modifier les imperfections perçues, parfois par des mesures drastiques, comme restreindre l'apport alimentaire ou faire trop d'exercices, espérant ainsi "régler" le problème ».

Le handicap peut entraîner différents troubles au niveau corporel qui est susceptibles de venir altérer les premières expériences de vie de l'enfant. Or, on admet en psychomotricité que ces expériences sensibles, kinesthésiques, proprioceptives viennent, par le biais du schéma corporel, nourrir l'image du corps du sujet.

### 8- 1 Les Troubles de la Régulation Tonique

Les atteintes neurologiques présentes dans le handicap moteur, peuvent entraîner différents troubles de la régulation tonique. Cette dernière peut d'ailleurs prendre plusieurs formes telle que :

La spasticité, elle correspond à un trouble de la motricité volontaire, c'est une « Exagération permanente du tonus musculaire d'origine neurologique dû à une lésion de la voie pyramidale ».

L'ataxie : elle correspond à une atteinte du cervelet et se manifeste par un trouble de la coordination des mouvements lié non à une atteinte de la force musculaire mais à un défaut de coordination du jeu musculaire (...). (Anzieu, 1995 ,128).

Elle affecte la direction et l'amplitude des mouvements volontaires et perturbe les contractions musculaires, volontaires ou réflexes, nécessaires à l'équilibre et à la marche. Elle peut également affecter les mouvements des yeux et l'élocution.

Et aussi l'athétose qui correspond à l'atteinte du système pyramidal et se présente sous la forme d'un « Trouble caractérisé par l'existence de mouvements involontaires, lents irréguliers, de faible amplitude, ininterrompus, affectant surtout la tête, le cou et les membres ».

L'enfant porteur d'un handicap moteur présente fréquemment des difficultés dans la régulation de son tonus. Nous pouvons donc nous interroger sur la perception qu'il a de son corps puisque différentes parties peuvent être prises dans un état de tension. Mais aussi, sur l'image de son corps que les autres peuvent lui renvoyer par le biais du regard.

Dans son ouvrage sur le Moi-peau, **Anzieu** décrit plusieurs fonctions de la peau sur lesquelles s'étaient les fonctions psychiques. Selon lui, le Moi s'élaborerait, entre autre, par le biais de diverses sensations kinesthésiques et proprioceptives, et donc grâce au tonus. Ces sensations donneraient à l'enfant le sentiment d'une enveloppe corporelle, une limite entre le dedans et le dehors. Grâce à cette intégration, il pourrait élaborer un Moi psychique, un espace mental au sein duquel il accèdera à des représentations de son propre corps. (1995, p128).

Selon **S. Robert-Ouvray.S**, ce sont les schèmes d'enroulements qui vont permettre à l'enfant d'avoir conscience de son unité corporelle. Cet investissement du corps propre viendrait, à condition qu'il soit aussi investi par les parents, nourrir l'image du corps. De plus, elle ajoute que « Les états toniques primaires n'entrent pas dans une dialectique qui permettrait les états intermédiaires, les ajustements affectifs des deux personnes et l'ambivalence des sentiments ». Le corps de l'enfant aurait donc besoin de vivre l'alternance entre hypertonie et hypotonie. C'est de cette manière que le processus intégratif peut se mettre en place et que les relations précoces peuvent s'établir.

Or, l'enfant porteur d'un handicap moteur, à cause des tensions qui peuvent exister dans certaines parties de son corps, ne peut pas vivre ces expériences de la même manière que les autres enfants. Cela explique en partie pourquoi, certains d'entre eux, ne vivent pas leur corps comme une entité unifiée, délimitée de l'extérieur par le biais de la peau. Ce phénomène va donc

Venir toucher directement la représentation que l'enfant porteur d'un handicap moteur a de son corps et donc l'image du corps.

De plus, pour eux, le passage de l'hypertonie à l'hypotonie est compliqué. La faiblesse de variation tonique peut mettre la mère en difficulté : elle ne comprend pas les états émotionnels de son enfant. Or c'est dans la relation structurante que l'image du corps peut s'établir. (2002, p46).

### **8-2 La Douleur**

L'enfant porteur d'un handicap moteur peut vivre la douleur à différents niveaux : atteinte musculaire, ostéo-articulaire et/ou somato-viscérale. Si cet événement est neurophysiologique, sa nature, elle, est essentiellement subjective. En effet, la douleur est constituée de composantes sensorielles, affectives, cognitives et comportementales. La douleur va venir influencer la construction ou l'intégrité de l'image du corps du sujet à différents niveaux : tout d'abord, les sensations douloureuses prennent une place considérable dans le processus de perception du sujet. Elles viennent inhiber toutes les autres expériences sensorielles, bases de la constitution de l'image du corps par le biais du schéma corporel. Du fait de son retentissement énorme sur le vécu du sujet, la douleur vient aussi limiter les conduites exploratoires. Il peut adopter des positions de repli et éviter toute expérience motrice, celles-là même qui permettent au sujet d'appréhender son corps dans l'action.

La douleur peut aussi venir chambouler les représentations que l'enfant a de son corps car elle entrave la capacité du sujet à penser. En effet, face à cet ensemble de sensations douloureuses, le sujet peut vivre son corps comme persécuteur.

L'expérience répétée de tels phénomènes peut entraîner un processus de dépersonnalisation chez le sujet. Il ne peut pas s'approprier ce corps douloureux, son identité devient précaire et il risque alors l'effondrement narcissique.

Toutes les positions de repli viennent aussi empêcher les interactions sociales. Or c'est par le biais de la relation, dans l'échange avec l'autre, que l'image du corps du sujet va se constituer. (Korff-Sausse, 1997, p26).

Pour les handicaps moteurs, la construction de l'image du corps s'étaie sur les réalisations motrices qui sont entravées par le handicap, mais aussi les anticipations fantasmatisques motrices, qui ne sont que partiellement défaillantes ou déformées par le handicap.

Donc un handicap moteur, peut présenter des déformations dans de son corps a cause de certain troubles qui entraine des modifications et des déformations dans son corps.

### **Conclusion :**

L'image du corps n'est pas une notion acquise à la naissance. Elle est associée a la parole de celui qui s'exprime en utilisant cette image du corps, elle devient alors une interface d'expression d'un vécu du corps dont l'esprit peut n'avoir jamais eu conscience.

C'est la représentation que l'individu à de son propre corps à distinguer du schéma corporel qui à une influence importante sur le développement de l'enfant soit : au niveau psychosocial (émotions, image et estime de soi), cognitif (corporel, l'enfant apprend à reconnaître l'autre).

Pour des enfants trisomiques, accusent un retard mental léger à modéré. Toute fois, dans la plupart des cas, il pourra apprendre à marcher et à parler, à lire et il jouira d'une diversité d'aptitudes. Une bonne santé physique et un soutien social continu favorisent les apprentissages.

**La partie pratique**

**Chapitre III :**

**La méthodologie de recherche**

## Préambule :

La méthodologie est une partie de la méthode scientifique qui étudie les méthodes des différentes sciences. C'est l'ensemble des règles et des démarches adoptées par un chercheur pendant son travail de recherche pour parvenir à une conclusion.

Ainsi, chaque recherche nécessite une démarche méthodologique lorsque l'on réalise une enquête ou un travail de recherche, on utilise forcément certaine méthode pour collecter des données.

Dans ce chapitre, nous allons présenter le déroulement de notre travail sur le terrain et présenter la méthode étudiée pour suivi des outils et techniques utilisées.

Avant d'approcher le terrain d'étude, d'abord, faire une pré-enquête pour recueillir les informations concernant notre thème de recherche avant d'aborder l'enquête.

### 1-La pré-enquête :

Avant de définir la méthode à utiliser, d'abord on parlera de la pré-enquête qui est une étape cruciale, préparatoire pour l'enquête.

La pré-enquête, elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global (sociologique, économique...), et de formuler des hypothèses générales.

Aussi, elle permet également de fixer, une meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, bien finaux partiel que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses.

La pré-enquête est une étape primordiale dans toute recherche scientifique, elle a pour but de terminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence les objectifs (Mucchielli, 1958, p.12).

Selon **Grawitz** Le but de cette pré-enquête est de s'assurer la faisabilité de notre travail, ainsi la vérification de notre hypothèse et de guide d'entretien, les conditions d'étude avant d'entamer le problème posé dans notre thèmes (2001, p.550).

Grace à la pré-enquête, les études scientifiques se voient plus précise, car le chercheur essaye de façon réfléchi à mettre en évidence les données de sa recherche pour ensuite lui servira de repères mieux définis et ciblé pour l'étape qui suivra.

Cependant, nous tentons de réaliser cette étape pour dégager les informations nécessaires et différentes dimensions de notre thème de recherche.

Nous avons donc effectué notre pré-enquête au sein de CPEHM de Bejaia, selon un temps bien précis, car les cas sont disponibles, notre objectif d'acquérir des informations relatives à notre thème de recherche qui s'intitule (la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques).

Le directeur de centre a été disponible et à nous disposition, à qui nous avons exposé l'objectif de notre étude et la nature de notre diplôme à préparer, ainsi il nous a orienté vers la psychologue nous avons discuté sur notre thématique de recherche, sur les cas, ainsi la catégorie d'âge des enfants porteurs de la trisomie 21 avec qui nous souhaiterons travailler.

Par la suite, nous avons fait le premier contact avec les enfants trisomiques au sein de deux groupes différents, nous avons parlé aussi avec leurs éducatrices sur les informations de chaque enfant Ex :( à ce que cette enfant parle, autonome, comprend la consigne.).

Ensuite, nous avons réalisé notre pré-enquête avec un enfant âgé de 9 ans, on lui a posé quelques questions qui figurent dans notre guide d'entretien semi-directif avec la langue maternelle, à la fin on lui a demandé de dessiner un bonhomme, et la passation est faite individuellement. Cette pré-enquête nous a permis d'enrichir notre guide d'entretien.

Les questions du guide ont été claires et bien compréhensibles pour l'enfant, la consigne était bien claire et bien saisie par l'enfant.

## **2-La méthode de recherche utilisée :**

Notre travail de recherche vise à comprendre la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques. Donc, la méthode adoptée dans notre recherche et bien de vérifier les hypothèses de notre thème c'est la méthode clinique, car cette méthode elle va nous emmener à comprendre et observer nos sujets de recherche, on a utilisé le guide d'entretien qui nous à aider à avoir des informations sur notre sujet.

Notre étude, nous avons choisi la méthode de l'étude de cas.

### **2-1 : L'étude de cas :**

La méthode clinique pourrait comporter deux niveaux complémentaires : la premier correspond au recours et des techniques (test, échelle, entretien), de recueil des informations. Alors que, la second se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas toutes les situations s'impliquent par l'analyse détaillée d'un cas. La différence entre la premier et la second ne tient pas aux outils mais aux buts : la premier fournit des informations, la second vise à comprendre une personne.

La méthode clinique suppose donc la présence du sujet aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite (Pedinelli, 1999, p.35).

L'étude de cas est une méthodologie de recherche très prisée, utilisée pour étudier les phénomènes complexes nouveaux en situation réelle ou étendre les connaissances sur des phénomènes déjà investigués. (Barlatier. 2012. p.126 - 139).

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, elle consiste à une observation approfondie d'un individu ou un groupe d'individu.

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ces différentes circonstances de survenue actuelle et passées.

L'étude de cas permet une compréhension profonde des phénomènes, des processus, les composants et des personnes prenant part. Cette méthode comme la méthode de recherche est

### **3- Présentation du lieu de la recherche :**

Notre recherche s'est déroulée au niveau du centre pédagogique pour les enfants handicapés mentaux (CPEHM) de Bejaia. Il est situé au village Laazib Oumamar Ihaddaden Bejaia. D'une durée de 1mois, du 27 février jusqu'à 28 mars, une fois par semaine.

Ce centre a ouvert ses portes et à démarrer ses activités le 05 janvier 2010. Les enfants étaient pris en charge en s'appuyant sur le système semi-interne, les capacités d'accueil pendant cette période étaient 60 enfants.

#### **3-1 : Les activités principales :**

Le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Bejaia, de prend en charge les enfants en situation de handicap mentalité légère ainsi que ceux qui souffrent d'échec scolaire résultant d'un retard mentale l'âge des parrains varie de 04ans à 18ans ce qui nécessite leur propre parrainage et de prendre en charge tous les aspects de sa personnalité. En ce qui concerne les enfants et adolescents handicapés, le centre entre prend les taches suivantes :

Assurer l'éducation psychomotrice, le suivi psychologique et rééducation verbale, assurer un parrainage précoce et un soutien scolaire pour l'acquisition de connaissances, renforcer et développer la relation de l'enfant avec son entourage, faire des conseils parentaux, Concevoir des programmes d'études et des programmes pédagogiques et éducatifs pour les enfants du centre aussi le programme d'éducation physique et sportive adopté, Réaliser des activités culturelles appropriées ou profit des enfants, Contribuer à l'intégration des enfants handicapés dans le milieu scolaire ordinaire, Aider l'enfant handicapés à atteindre son indépendance scolaire et à développer ses capacités, mentales, émotionnelles et motrices.

#### **Encadrement :**

Le processus de prise en charge des enfants est effectué par une équipe multidisciplinaire, qui se compose des membres suivants : un psychologue scolaire, un psychologue clinicien, un orthophoniste, Assistante sociale, un médecin généraliste, Les enseignants spécialisés.

**Les principaux :**

Educateurs spécialisé, les éducateurs professionnels.

**3-2 : Infrastructure de l'établissement :****a-infrastructure pédagogique :****Tableau N° 02**

Nombre	Bureau
01	09 classes
02	Bureau d'équipes multidisciplinaires
03	Salle du sport
04	Salle de réunion

**b-infrastructure administrative :****Tableau N° 03**

Numéro	Bureau
01	Du directeur
02	De l'économe
03	Des utilisateurs
04	Du comptable

**c-parking** : il comprend les moyens suivants :

Grand bus : 25 places.

Mini bus : 07 places.

Voiture utilitaire.

#### **4- Le groupe de recherche et ses caractéristiques :**

##### **4-1 : Les critères de sélection de groupe de recherche :**

Notre groupe est constitué d'un nombre de trois (03) cas qui ont été choisis d'une manière ciblée et ce à partir des critères d'inclusion suivants :

##### **4-1-1 : Critères d'inclusion :**

- Les enfants trisomiques âgés de 09ans à 12ans
- Inséré dans le centre pédagogique pour les handicapés mentaux
- L'enfant ne soit pas atteint d'une maladie neurologique ou une maladie grave.
- L'enfant a acquis son développement sensorimoteur a fin de réaliser son dessin.

**Tableau N°04 : les caractéristiques de groupe d'étude.**

<b>Sujet/caractéristique</b>	<b>Age</b>	<b>Genre</b>	<b>Scolarité</b>
Cas de Ridha	10ans	Masculin	Scolarisé
Cas de Zinedine	12ans	Masculin	Scolarisé
Cas de Mo3iz	10ans	Masculin	Scolarisé

Ce tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des groupes d'études, pour les enfants scolarisés, il s'agit de trois (03) enfants qui sont âgés entre 10 et 12ans, sont du sexe masculin porteur de la trisomie21.

## 5- Les outils utilisés :

Nous avons utilisé pour effectuer notre travail de recherche, les outils suivants : en premier lieu l'entretien clinique parce que il permet d'avoir un premier contact avec nos sujets de recherche et avoir les informations. En deuxième lieu nous avons opté pour l'utilisation d'un test projectif qui est le dessin du bonhomme de **Royer**.

### 5-1 : L'entretien clinique de recherche :

L'entretien clinique est la méthode la plus fréquemment utilisée en psychologie, il est nécessite un savoir-faire qui s'acquiert sur la base des théories qui formalisent l'entretien et bien sur une pratique suffisante.

Selon **Bénony** et **Chahraoui** (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. Il utilise par les psychologues cliniciens vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données aussi dans un grand nombre de description, il présente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir des informations subjectives des individus.

L'entretien clinique est de 03 types qui sont : l'entretien directif, l'entretien non-directif et semi-directif. Dans le cadre de notre recherche, notre choix s'est porté sur l'entretien semi-directif, car, pour vérifier nos hypothèses et nous permet aussi déposer des questionnaires semi-directif bien préciser sur chaque axe de notre guide d'entretien.

### 5-2 : L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif, ou semi-dirige le plus utilisé en recherche scientifique. Et un compromis entre le directif et le non directif.

L'entretien semi-directif un guide qui dresse la liste des sujets qui l'interviewé doit aborder convient pour effecteur des études approfondissement (**Hervé, 2002, pp.12-13**).

La méthode d'entretien semi-directif est souvent utilisée à titre principal pour réaliser des études qualitatives portant sur les perceptions et les attitudes des individus. Ces techniques peuvent également être employées pour préparer une enquête par questionnaire dans laquelle construire une échelle. (Hervé, 2002, p.13).

L'entretien semi-directif ou le chercheur dispose d'un guide de questionne préparées, mais non formulées, ce guide constitue une trame à partir laquelle le sujet déroule son récit. (Chahraoui, Bénony.2003. p.65).

Notre guide d'entretien semi-directif avec les enfants trisomiques en **03 axes** :

Le premier axe intitulé « le renseignement personnelle », pour objectif savoir l'information personnelle sur l'enfant.

Le deuxième axe renvoie à « dynamique de la représentation du corps et du schéma corporel, pour objectif de connaître leur corps et de le sentir.

Le troisième axe qui est le dernier intitulé « le regarde sur l'avenir », contient de 03 questions pour but comment l'enfant regarde son avenir, ses imaginations, des souhaits.

Donc, l'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est de décrire la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques. N'est pas seulement contenté le guide d'entretien clinique, semi-directif mais aussi le test projectif qui est le dessin du bonhomme.

Nous avons opté pour étude clinique semi-directif qui comporte les axes suivant :

**Axe 01** : renseignement personnels. (Avoir des informations sur l'enfant).

**Axe 02** : dynamique de la représentation du corps et du schéma corporel. (Comment représente l'enfant son corps).

**Axe 03** : le regarde sur l'avenir. (Leurs souhaits).

## 6-Dessin du bonhomme (J/Royer) :

Afin d'accéder à la qualité de l'image du corps chez les enfants porteurs de la trisomie 21, l'étude de dessin dans son ensemble et dans ses détails, va permettre de plus à l'observateur attentif de découvrir les sentiments de l'enfant, ses problèmes affectifs et l'état de son équilibre mental.

Cependant, il est nécessaire de regarder l'ensemble (emplacement, dimension, tracé, position...).

## 7-Histoire et l'origine du test du bonhomme :

A l'origine, en 1926, le test du bonhomme a été inventé par la psychologue et enseignante Florence Goodenough afin d'évaluer le développement de l'intelligence chez un enfant.

En termes généraux, le dessin d'un personnage représente l'expression de soi dans l'environnement, ce qui est exprimé peut-être appelé « image du corps ». Comme dit **Karen Machover** « le postulat fondamental qui sous-tend la théorie du test est que la personnalité ne se développe pas dans le vide mais à travers les mouvements, sentiments et pensées d'un corps spécifiques ». Car le corps avec ses tensions viscérales et musculaires, est le champ de bataille des différentes fonctions de besoins et d'influence. (**Royer, 1977, p.115**).

Selon **Aubin**, le dessin de l'enfant soit une image de lui-même tel qu'il se sent être, soit une image de ce qu'il voulait être, soit une image de ce qu'il refuse être, soit une image justificative. (**Royer, 1977, p116**).

Le dessin du bonhomme est moins pathologique que celui d'autres tests projectifs le pronostic serait favorable réserve dans le cas contraire.

Cependant, davantage que d'autres techniques projectives, le dessin selon **Abraham** serait apte à mesurer les changements de la « conscience de soi », et du « projet » intime du dessinateur.

Un bonhomme est un homme simple, doux, sans malice, facile à abuser. Donc, un petit bonhomme désigne un enfant, ce test n'est pas indiqué pour les garçons et les filles. (**Royer, 1997, p117**).

L'enfant reçoit un crayon noir, une gomme et un taille-crayon, et également sept crayons de couleurs : bleu, rouge, jaune, vert, violet, marron et noir.

Enfin, on lui présente verticalement une feuille du papier présentée. Donc, l'enfant peut utiliser dans un autre sens sans que l'examineur n'intervienne.

La reproduction du dessin du bonhomme s'effectue à partir de la consigne suivant : (Peux-tu, dessiner un bonhomme le plus complet, possible ?). Cette consigne on la traduit en dialecte kabyle : (Mathzamret adedissinit amdan ikamlen, igarzen ?).

Nous avons opté 02 aspects du dessin qui sont : aspects globaux et analytiques.

### **8- Les aspects globaux du dessin :**

- A- Emplacement.
- B- Dimension et proportion.
- C- Tracé.
- D- Position et symétrie.
- E- Posture et mouvement.
- F- Couleur.
- G- Personnalisation (âge, sexe, identité).
- H- Expression.
- I- Environnement.

**(Royer, 1977, p. 119).**

### **9- Les aspects analytiques du dessin :**

- A- Tête.
- B- Tronc.
- C- Membres.
- D- Vêtement.
- E- Sentiment.
- F- Problème affectif.
- G- Equilibre mentale. **(Royer, 1997, p119).**

## 10- Le déroulement de la recherche :

Après avoir fait plusieurs recherches dans plusieurs centres des handicapés mentaux au niveau de la wilaya de Bejaia, on a pu trouver le groupe d'étude adéquat à notre recherche dans le centre pédagogique pour les handicapés mentaux des 600 logements Ihaddaden Bejaia.

Après de faire sur notre recherche et d'appréhender ses objectifs et la méthode à suivre, ainsi que, les outils empruntés on s'est présenté auprès de ce centre afin de cerner notre groupe témoin, et donc d'avoir la certitude d'accomplir nos fins et d'en terminer cette étude dans le temps, et avoir surtout l'accessibilité aux sujets regroupant les critères primordiaux.

L'approbation du centre de nous recevoir aux seins de ses classes, a été bénéfique pour notre recherche. L'accès à ce service nous a aidés à réaliser de construire notre groupe d'étude, que se constitue de trois cas : trois garçons âgés entre 9 à 12ans.

Nous nous sommes présentées entant que des stagiaires en psychologie clinique, et que nous sommes entraine de préparer un mémoire de fin de cycle qui s'intitule « la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques ». D'abord, on a demandé l'accord du directeur de l'établissement puis nous avons parlé avec la psychologue.

On a rencontre avec les enfants trisomiques, nous avons rentrée chez eux, sont très content, on a parlé avec eux quelque question exemple (comment tu t'appelles...). Après, les séances d'observation on leur a demandé d'abord leur accord de voir formuler la consigne pour l'entretien (nous allons vous posez quelque question, si vous pouvez nos répondre). Ils sont acceptés facilement de nos répondre à notre guide.

On à leur expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel et qu'on va pas divulguer leurs secret et de garder l'anonymat et que c'est seulement dans le but de faire une recherche.

Le lieu de conduite de l'entretien est important, soigneusement le chercheur est dans l'obligation de trouver un espace convivial pour son interlocuteur et pour lui-même. Dans notre cas nous avons passé nos entretiens dans un bureau bien aménagé qui nous a facilité l'ensemble des points essentiels à mettre en évidence avant de commencer notre travail.

Nous avons entamé les entretiens avec les enfants, avec la longue maternelle. En premier lieu, nous avons passé l'entretien avec Ridha, ainsi que le dessin du bonhomme dans le bureau de la psychologue, la passation des outils à durée de 45minute. Une semaine après nous somme entretenu avec Zinedine on l'a invité au bureau de la psychologue ou on a abordé avec lui les questions du guide d'entretien et la passation du bonhomme qui à durée 40minute.

La dernière séance, nous avons passé l'entretien avec Mo3iz, dans le bureau de la psychologue comme toujours, et le dessin du bonhomme qui à durée 30minute. En effet on a passé les deux outils de recherche en même temps pour chaque cas, nous avons aussi formulé la consigne pour la passation du test qui est « peux-tu dessiner un bonhomme le plus complet, possible ». Cette consigne on la traduit en dialecte kabyle, selon la langue du patient et ce de la manière suivante : « Mathzamret adedissinit, amdan ikamlen, igarzen ».

A la fin, on les a remerciés pour leur participation dans notre recherche.

### **Conclusion du chapitre**

La méthodologie c'est la science qui nous à permet de bien structurer, et d'organiser notre recherche. Il y'a pas de travail scientifique sans méthode. En effet, ce chapitre nous à permet de connaitre la nécessité de l'étude de cas, comprendre le déroulement de la recherche clinique dans la recherche en psychologie clinique. On ajoute outils utilisé pour effectuer un travail de recherche, l'entretien clinique, le test pour analyses des données recueillies et d'assurer une bonne organisation de ce travail.

Nous avons abordé dans le chapitre suivant la présentation et analyses des entretiens des cas.

## **Chapitre IV :**

# **Présentation et analyse des résultats**

## Préambule

Tout au long de ce chapitre, nous allons présenter les données de l'analyse des entretiens effectués avec les enfants, nous allons aussi essayer d'analyser et d'interpréter les dessins du bonhomme de ces enfants, pour arriver en dernier lieu à la discussion de notre hypothèse, et répondre ainsi à notre question de recherche.

### 1-Présentation et discussion des données de l'entretien et le test de dessin du bonhomme :

#### 1-1-Présentation et discussion des données de l'entretien clinique avec Ridha:

Ridha est un enfant de 10 ans qui présente une aberration chromosomique de type 21, associé au trouble de langage. Scolarisé dans le CPPEHM depuis 2016, c'est un enfant qui possède des capacités énormes, stable, conscient, arrive à comprendre les consignes et de suivre le programme, maîtrise la plupart des activités manuelles, sociable.

Durant notre entretien avec Ridha, il était calme, souriant, il était totalement collaborant avec nous, il répondait avec des phrases incomplètes qui sont suivies par des gestes, mais il essaye toujours de nous répondre.

Lors de l'entretien, Ridha nous a parlé d'abord de son corps en général il dit « j'ai un corps pas comme celui des autres je le vois moche »<sup>1</sup>, il nous a parlé aussi de ces parties de son corps ils nous ont montré avec des gestes, il a arrivé à distinguer les parties de son corps de l'extérieur, et aussi il nous a montré ces mains, sa bouche, ses oreilles comme des parties qui bougent qui peuvent se plier et se déplier.

Ensuite, il nous a répondu à propos l'utilité de son corps en disant : « grâce à mon corps que je fais mes besoins, je mange avec ma bouche, je marche avec mes pieds, je me lave avec mes mains »<sup>2</sup>. Nous avons remarqué que Ridha maîtrise ses parties de son corps, et a détecté leurs importance dans la vie quotidienne.

---

<sup>1</sup> « Se3igh le corps machi am l 3ibad nidhen zerghethid ichmeth »

<sup>2</sup> « S le corps iw ikhdmegh lcheghaliw d wayen iyuhwajegh, thetogh s uqemouchiw, theddugh s idhareniw, siridegh s ifaseniw »

Quand on a demandé à Ridha quelle est la partie fragile dans son corps, il ne veut pas nous répondre, après un moment de silence il nous a répondu : « mon visage ». On a demandé pourquoi ton visage exactement il nous a dit « juste comme ça »<sup>3</sup>.

Pour la partie solide il déclare : « aucune, car toujours je me sens pas à l'aise avec mon corps, comme si il y a une chose qui me gêne dans mon corps »<sup>4</sup>.

Après il nous a cités le ventre comme un endroit préféré pour lui en disant « j'aime que mon ventre car j'aime trop manger »<sup>5</sup>, et son visage comme un endroit qui il n'aime pas en disant « car il est moche »<sup>6</sup>. À partir de ces réponses de Ridha, on le trouve que il est toujours insatisfait de son corps, car il ignore les parties solides de son corps, il se sent pas à l'aise et il se voit comme si il est moche, donc cela traduit un sentiment d'insatisfaction en soi.

Quand on a demandé de nous dire où il est la pensée, il nous a dit « je ne sais pas »<sup>7</sup>.

Il nous semble que Ridha a toujours une idée d'un corps incomplet, car il nous répond toujours d'une même façon en ce qui concerne son corps. Quand on lui demande ; comment il se voit son corps et est-ce que il utilise le miroir pour le voir, il nous a répondu : « je le vois moche, et je n'aime pas le voir dans le miroir, et presque je l'utilise pas »<sup>8</sup>. Nous constatons que le reflet du miroir est une épreuve très difficile quant à l'acceptation de son image corporelle, ce qui signifie qu'il est dans le refus et il n'arrive pas à accepter son corps.

Ridha a l'impression d'avoir un corps comme les autres personnes, on a confirmé ça d'après ses dires : « je voulais avoir un corps comme toi, et comme le corps de mes frères Madjid et Maroua »<sup>9</sup>.

---

<sup>3</sup> « Udemiw », « aka kan »

<sup>4</sup> « Ulach, akhater toujours uthusughara s yimaniw alaise, amaken lhadja thetginiyi g le corps iw »

<sup>5</sup> « tehibigh hacha a3eboudhiw, akhater tehibigh ad chegh mlih »

<sup>6</sup> « Akhater ichmeth ».

<sup>7</sup> « u3limeghara ».

<sup>8</sup> « Zerghethid ichmeth, uthibighara athidzreggh g lmerri, mhesuv uthsekhedameghara ».

<sup>9</sup> « veghigh ad se3ugh le corps am kechi, daghen am le corps n wayethma Madjid d Maroua ».

Nous constatons que Ridha à un sentiment d'infériorité lié à son physique et une image de soi négative, car il souhaiterait avoir un corps comme les autres, ce qui veut dire qu'il pense que il à un corps incomplet et pas comme celui des autres.

Sur le plan relationnel, il limite son cercle d'amis, est ces relations avec les autres d'ailleurs il nous a confirmé qu'il n'aime sortir de la maison en disant : « j'aime pas sortir de la maison , j'aime que ma famille surtout ma mère car elle me comprend, le regard des autres me gêne , et j'aime pas quand les gens de mon quartier me regardent surtout les enfants , et j'arrive pas à jouer avec eux parce que je n'ai pas un corps comme eux »<sup>10</sup>. Donc Ridha, l'image qu'il à propos de son corps, lui empêche de partager des moments avec les autres et aussi à cause le regard des autres, il évite de sortir de la maison, Parallèlement à celle-ci les relations qui le relient avec sa famille sont bonnes et il préfère de partager ses moments avec sa propre famille.

Enfin, le seul espoir pour Ridha au cours de sa vie, c'est d'avoir un corps comme tous les enfants. Son souhait dans l'avenir c'es d'être un bonhomme ave un corps comme d'un homme à fin de réaliser ses projets d'avenir et de devenir un prof au primaire.

### **Synthèse de l'entretien :**

En résumé, l'handicap de Ridha influence grandement sur son image du corps, qui se manifeste par un ensemble de sentiments et de réactions de refus, de honte, de déni face à sa maladie et de l'évitement qui peut être une façon de s'éloigner de la réalité, face à son corps incomplet ce qui relève une mauvaise image du corps, cela ne lui permet pas de vivre en équilibre avec son handicap. Et le prive de vivre l'enfance comme les autres.

---

<sup>10</sup> « Uthibighara ad fghegh g uxxam, tehibigh la famille ynu kan, surtout yemma akhater tfehemiyid, akhezour n wiyadh iteginiyi, uthibighara l3ibad n ucartier negh mi ara ydetalayan surtout lwachul, usawadheghara ad uraregh yidsen, akhater use3ighara le corps am nuheni ».

## **1-2-Analyse et interprétation du dessin du bonhomme de Ridha :**

### **Analyse qualitative du dessin :**

1-Comportement en cours d'exécution : concentration, lentement.

2-Aspects globaux du dessin :

1- l'emplacement : Au milieu de la page légèrement vers la gauche.

2-les dimensions et les proportions du bonhomme :

Dimension : grand. Proportions : grand tête.

3-Tracé : léger, le gommage

4-Position et symétrie : de face

5-Posture et mouvement : posture figée.

Mouvement : absence de mouvement

6-Coloriage : absence de couleur

7-Personnalisation :

L'âge : 10 ans

Sexe : homme

Identité : un jeune enfant

8-Expression : regard directe

9-Environnement : l'environnement autour du dessin est absent

## Aspect analytique de dessin

1- La tête : grosse, les yeux : forme ovale, Oreilles : l'oreille droit et plus petit que L'oreille gauche

La bouche serrée

2 Le tronc : absent.

3- Membres : des bras et des jambes présents.

4- Les vêtements : personnage nu sans vêtements.

## feuille de notation du bonhomme

Feuille de notation du bonhomme de Ridha :

Nome : Ridha

âge réel : 10 ans

Feuille de notation du bonhomme

### Echelle de maturité

#### 1-Tête:

- 1- Tête présente ●
- 2- Présence des yeux●
- 3- Présence de la bouche●
- 4- Présence du nez●
- 5- Présence des cheveux●
- 6- Couleur « réaliste » du fond du virage
- 7- Couleur « réaliste » des yeux
- 8- Couleur « réaliste » de la bouche
- 9- Forme ovale des yeux•
- 10- Au moins deux détails des yeux
- 11- Couleurs entièrement réaliste du visage
- 12- Forme évoluée de la bouche
- 13- Ecartement correct des yeux•
- 14- Hauteur correct des yeux
- 15- Tête présente ●
- 16- Présence des yeux●
- 17- Présence de la bouche●
- 18- Présence du nez●
- 19- Présence des cheveux●
- 20- Couleur « réaliste » du fond du virage
- 21- Tête présente ●
- 22- Présence des yeux●

- 21-Tête présente ●
- 22- Présence des yeux●
- 23-Présence de la bouche●
- 24-Présence du nez●
- 25-Présence des cheveux●
- 26- Couleur « réaliste » du fond du virage
- 27- Couleur « réaliste » des yeux
- 28- Couleur « réaliste » de la bouche
- 29- Forme ovale des yeux•
- 30-Au moins deux détails des yeux
- 31-Couleurs entièrement réaliste du visage
- 32-Forme évoluée de la bouche
- 33-Ecartement correct des yeux•
- 34- Hauteur correct des yeux
- 35-Forme évoluée du nez
- 36-Forme évoluée ou « coiffure » des cheveux●
- 37-Couleur réaliste du nez
- 38-Au moins trois détails des yeux
- 39-Présence de prunelles
- 40-Présence des sourcils•
- 41-Couleur rouge de la bouche
- 42-« coiffure » spéciale des cheveux

## **2-schéma corporel :**

- 1- Bonhomme reconnaissable●
- 2- Dessin « orienté » dans la page●
- 3- Au moins deux détail corporels●
- 4- Tronc présent
- 5- Bras présent●
  
- 6- Jambes présent•

- 7- Bras attachés au tronc
- 8- Jambes attachés au tronc
- 9- Présence des pieds
- 10-Tronc plus long que large
- 11-Bras à double trait
- 12-Jambes à double trait
- 13-Contours du dessin au crayon noir
- 14-Présence des doigts (nombre quelconque)
- 15-Bonnes proportions des bras 16-Tronc « souple »
- 16-Tronc « souple »
- 17-Cou présent
- 18-Bonnes proportions des jambes
- 19-Bras attachés au tronc à la place correcte
- 20-Forme « souple » des jambes
- 21-Cou « souple »
- 22-Sexe reconnaissable
- 23-Couleur réaliste des mains
- 24-Attache des jambes sans espace intermédiaire
- 25-doigts ou pouce détaché des autres doigts représentés globalement
- 26-Epaules présentes

- 27-Bonnes proportions de la tête
- 28- Age reconnaissable
- 29-Présence de la paume de la main (avec ou sans doigts)
- 30- Attache « sans limite » des jambes
- 31-Attache « sans limite » des bras
- 32-Position « logique » des pieds
- 33-Couleur identique et « réaliste » du visage et des mains

### **3-vêtements :**

- 1- Présence du vêtement
- 2- Au moins 1 détail vestimentaire
- 3- Pantalon présent



**Tableaux N°05 : Analyse qualitative de dessin de Ridha:****Aspects globaux du dessin**

<b>Analyse</b>	<b>interprétation</b>
Comportement en cours d'exécution : Dessin exécuté lentement avec concentration	-bonne adaptation
Au milieu de la page légèrement vers la gauche.	-tendance à l'expression émotionnelle immédiate et se montre infantile.  -L'attachement à la mère
Dimension et proportion :  Dessin de taille grande, grosse tête	-assurance, confiance en soi, épanouissement (meneurs et gagnants), éventuellement manque d'inhibition, de contrôle de soi, de respect des autres, tendance à se montrer envahissant.  -narcissisme, l'hypertrophie de moi, la vanité morale ou intellectuelle, parfois en raison d'un retard mental, une valorisation intense de l'intelligence.
Tracé : Léger, le gommage	-Sensibilité, hésitation, manque de confiance en soi.  -l'insatisfaction de soi, trahis l'indécision, sentiment d'infériorité

Position et symétrie :  Dessin de face	- Enfant relativement équilibré Dominant ses instincts
Posture et mouvement :  Posture figée l'absence du mouvement	-l'insatisfaction du besoin instinctuel qu'exprime la posture ou bien l'inhibition et l'anxiété qui interdisent au sujet de céder a une pulsion.  Une forte agressivité et souvent sous-jacente.  - problème de narcissisme, de castration
Coloriage :  Absence des couleurs	-tristesse
Personnalisation :  L'âge : 10 ans Sexe : homme Identité : un jeune garçon	Identification masculin.
L'expression :  Il a l'air triste	-tristesse
L'environnement :  L'environnement autour du dessin est absent	-préoccupation orale mais aussi sexuelles, vide totale. Marque le sentiment de solitude.

**Tableau N°06 : Aspect analytique du dessin de Ridha**

<p>Tête : grosse</p> <p>Les yeux ovales</p> <p>Présence des cils et des sourcils</p> <p>l'oreille droit et plus petit que l'oreille gauche</p> <p>La bouche serrée</p>	<p>-le narcissisme, l'hypertrophie du « moi », la vanité morale ou intellectuelle, en raison d'un retard mental, une valorisation intense de l'intelligence.</p> <p>évoque le dédain</p> <p>-difficulté de communication et signe de tension.</p> <p>-l'attention accordé à l'oreille peut interpréter comme besoin d'être d'écouter</p>
<p>Le tronc : Absent</p> <p>Les mains : absentes</p> <p>Les pieds : absents</p>	<p>- la curiosité</p> <p>.</p> <p>-l'insécurité, l'infirmité de soi, l'absence du contact avec l'environnement -singent l'incapacité d'établir les liens avec autrui. Sentiments de culpabilité</p> <p>-atteinte du l'image narcissique, incapacité et faiblesse des liens psychique</p>
<p>Vêtement</p> <p>: Personnage semble nu</p>	<p>-égocentriques, des individualistes qui rejettent les conventions sociales</p>

### 1-2-3Discussion de l'analyse de dessin de Ridha :

Après avoir mené un entretien avec Ridha, On lui a proposé de finaliser la séance par un dessin du bonhomme. Au début, il a refusé de dessiner en disant «je n'aime pas dessiner, car je ne suis pas un artiste ».

Après nous l'avons aidés et rassurer que le dessin n'est pas un privilège des artistes mais plutôt chacun de nous peut effectuer un dessin et nous ne cherchons pas un dessin idéal mais complet, cela l'a bien encouragé et puis par la suite t il à accepté. Il a pris le crayon et la feuille et a commencé. Durant la passation de l'épreuve Nous avons observé que Ridha dessinait en se concentrant sur sa feuille du dessin, mais de temps en temps il nous demande si son dessin est beau et complet tout en souriant.

Il avait commencé à dessiner son bonhomme au milieu de la page légèrement vers la gauche, il avait commencé d'abord par les yeux puis il l'a effacé, Il recommence son dessin en commençant par la tête puis, les yeux, les sourcils, les cils, le nez et la bouche puis, les cheveux, et à la fin il avait fini par les oreilles. Ridha n'a pas utilisé les crayons de couleurs et il a ignoré le reste du corps du bonhomme, et il a pris que 6min du temps.

A première vue on peut dire que Ridha a une bonne adaptation à la réalité car il dessinait en se concentrant sur sa feuille du dessin.

Le tracé de Ridha est léger, peut être le signe de sensibilité, d'hésitation et de manque de confiance en soi qui peut être un déterminant d'une image mauvaise représentation de soi. Les gommages peuvent traduire l'insatisfaction de soi, l'indécision et également le sentiment d'infériorité qui peut indiquer le manque de confiance en soi.

Concernant les couleurs, Ridha n'a pas utilisé les crayons de couleurs ce qui peut signifie une carence affective. On remarque qu'il a donné à son personnage le sexe masculin apparent dans le dessin qu'il a exécuté, ceci peut signifier qu'a une bonne identification mais d'un schéma corporel déformé.

L'environnement autour du dessin est absent, cela peut traduire une préoccupation orale mais aussi sexuelles, vide totale et marque le sentiment de solitude et, à un problème d'ordre relationnel avec le monde extérieur.

La taille, la forme, l'accentuation de certains détails de la tête révèlent des attitudes psychiques différentes. Pour le dessin de Ridha, on à remarquée que la tête est grosse ce qui évoque le narcissisme, l'hypertrophie du « moi », la vanité morale ou intellectuelle, peut être en raison d'un retard mental, où une valorisation intense de l'intelligence, ou peut être il se projette

Parfaitement sur le dessin (il dessine son propre corps).

La bouche serrée peut montrer également un refus de communication et un signe de rigidité et de tension.

L'attention accordée aux oreilles peut être interprété comme signe de demande d'être écouté, soutenu, être compris et accepté par les autres.

Dans le dessin de Ridha on a remarqué aussi l'absence de tronc ce qui veut dire qu'il est curieux.

Concernant les mains et les pieds sont absents, cela traduit l'insécurité, l'infirmité de soi, l'absence du contact avec l'environnement, l'incapacité d'établir les liens avec autrui. Sentiments de culpabilité et atteinte de l'image narcissique y voire son image du corps, incapacité et faiblesse des liens psychique.

Le bonhomme semble nu ce qui peut être le fait des égocentriques, des individualistes qui rejettent les conventions sociales, les règles de la morales et cela peut renvoyer aux problèmes de limites corporelles.

### **Le dessin présenté par Ridha se caractérise par des critères d'une mauvaise image du corps qui s'est représenté par :**

Refus de dessiner, gommage important, refus de colorier, l'absence des mains et les membres inférieurs (membres essentiel), tracé léger, l'environnement semble vide.

### **Synthèse de l'analyse des résultats de Ridha :**

L'utilisation des deux outils (entretien et le dessin du bonhomme) a nécessairement pour objectif de ressortir certaines appartenances psychiques, et d'évaluer précisément l'image du corps. En premier temps, l'entretien clinique effectué auprès de Ridha nous apporte une multitude d'information concernant sa vie psychique et son image du corps.

Ce jeune enfant possède une mauvaise et une vulnérable image du corps, il perçoit son corps comme étant incomplet ainsi un manque de confiance en soi, un sentiment d'infériorité physique, l'évitement et une image de soi négative ce qui dénote une mauvaise image du corps.

Et le regard de l'autre a également un impact négatif sur sa personnalité.

On voit que le dessin de Ridha se caractérise par un schéma corporel déformé et non cohérent, incomplet et une image non intégrée vu l'absence totale du corps qui peut être expliquée par la perte du contact avec les limites de son propre corps. Donc, cela indique une image du corps perturbée, morcelée et incomplète.

## 2- : présentation et analyses des données de l'entretien clinique de Zinedine :

Zinedine est un enfant qui a un retard mental, il est autonome, stable, comprends la consigne, il arrive à suivre le programme de son éducatrice, maîtrise la plupart des activités manuels, maîtrise (les formes, les couleurs, son schéma corporelle).

Il a un langage moyenne, il était scolarisé jusqu'à 5ans primaire après il a quitté l'école a cause de ces capacité, il n'arrive pas à suivre le programme scolaire (échec scolaire). Zinedine, né le 15 décembre 2010 à tizi ouzou, il a intégré au centre **CPEHM** de Bejaia le 10 octobre 2021.

Nous avons demandé **Zinedine** à mener l'entretien avec nous, il était souriant, totalement collaborant avec nous, il répondait à la plupart des questions qui sont suivies par des moments de silences car est un enfant qui à un langage, il arrive bien à comprendre la consigne.

Durant l'entretien, nous avons questionné **Zinedine** sur son corps, il nous à répondu : « je n'ai pas un corps comme celui de ma camarade de classe, je n'aime pas bien voir mon corps »<sup>1</sup>. Aussi, il nous à parlé de ces parties de son corps, il nous à montré plusieurs parties « la bouche, le ventre, les mains, les pieds », on parlant de ça il était tristes, sensible, nous avons constaté qu'il présente un sentiment de honte, c'est des mots et des images qui peut traduit son insatisfaction à l'égard de son corps.

On a demandé a **Zinedine**, quelle sont les parties de son corps à l'intérieur et à l'extérieur il arrive à les distinguer. Il nous a montré comme les parties qui bougent « les mains, la bouche », en disant : « quand je travail ou bien je fais quelque chose, mon corps bouge »<sup>2</sup>.

A propos de l'utilité de son corps, il nous déclare « je ne vois pas une importance à propos de mon corps, car il est moche et inutile »<sup>3</sup>. Il nous à montré aussi la parties de son corps fragile, Il nous à directement montré « les oreilles », Nous avons sollicité pourquoi ? Il nous a répondu « car ils sont petits, déformé »<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> «Us3ighara thafekka am tina n temdakelt-iw n tesmilt, uhemlegh ara ad zreggh thafekka-w »

<sup>2</sup> « Mi ara khdmegh lhadja, le corps iw iteherik ».

<sup>3</sup> « Udzrergghara lfayeda g le corps iw, akhater ichmeth »

<sup>4</sup> « imezoughen-iw, akhater divestuhanen, déformin »

Nous avons remarqué que Zinedine présente une infériorité physique, et il a perdu même l'intérêt de son corps, car son handicap influence grandement sur son image du corps.

Ensuite, pour ses parties solides, il annonce « aucune »<sup>5</sup>. On a demandé à **Zinedine** qu'est ce que tu aimes bien dans ton corps ?, il nous a répondu « les mains, la bouche, les pieds ». Car avec ma bouche je mange, avec mes pieds que je peux déplacer »<sup>6</sup>. Pour l'endroit préféré « la gorge », On a demandé pourquoi, il nous a dit « comme ça »<sup>7</sup>. Aussi, les mains comme un endroit qu'il déteste, il a refusé de nous répondre pourquoi. Donc Zinedine a ignoré nos questions en ce qui concernent les parties et l'utilité des parties de son corps, cela traduit des sentiments et de réactions de refus, de honte face à sa maladie.

Après plusieurs questions que on a posées à **Zinedine**, on a demandé de nous répondre à notre question où se trouve sa pensée, il nous a répondu « dans ma tête », il nous a dit aussi « ma pensée est très loin »<sup>8</sup>. À partir de la réponse de Zinedine, on constate qu'il a des pensées lointaines et imaginaires à propos de son corps.

Quand on a lui demandé de nous parler comment il voit son corps actuellement, il nous a répondu : « il est moche, bizarre et pas comme celui de mon frère »<sup>9</sup>. Après il nous a rajouté qu'il n'aime pas utiliser le miroir pour voir son corps et son visage, en disant « je n'aime pas voir mon corps dans un miroir, car je suis moche, et mon corps est incomplet »<sup>10</sup>. À partir des réponses de Zinedine, on a remarqué qu'il a un manque de confiance en soi et il considère son corps comme étant incomplet.

Par ailleurs, il n'aime pas sortir en dehors de la maison, car quand on a demandé est-ce que il sort en dehors de la maison, il nous a répondu « je n'aime pas sortir de la maison, des fois je passe mon temps dans la voiture avec mon père »<sup>11</sup>.

---

<sup>5</sup> « Ulach »

<sup>6</sup> « Ifaseniw, aqemouchiw, idhareniw, akhater ysen itruhough g umkan ar wayedh »

<sup>7</sup> « Thaghecheth-iw, aka kan »

<sup>8</sup> « Deg qaruy-iw, tv3ed »

<sup>9</sup> « Ichmeth, isekhla3 machi am wina n gemma »

<sup>10</sup> « Uthibighara ad zregħ le corps iw g lmerri, akhater chmtheħ, le corps iw ugekmlara ».

<sup>11</sup> « Uthibighara ad fgheħ seg ukham, tisewi3in s 3edayegħ lweqeth-iw g tkerouseth wahi d vava »

Ensuite, il nous a rajouté aussi « le regard des autres me gêne, et je n'aime pas jouer avec les autres enfants juste avec ma famille »<sup>12</sup>, les gens me disant que « je ne suis pas un enfant normal, et je n'arrive pas à jouer avec les enfants »<sup>13</sup>. La relation au corps est bouleversée pour Zinedine, donc à cause de l'image qu'il a à propos de son corps, il évite et il essaye de s'éloigner des autres et il préfère de passer son temps dans la maison avec sa famille ce qui signifie qu'il présente l'évitement qui peut être une façon de s'éloigner de la réalité.

Enfin, le souhait de Zinedine est d'avoir un corps de rêve, et de travailler et de vivre sa période de l'enfance comme tout les enfants. Et Son espoir quand il sera grand, est de devenir un homme comme son papa, et d'acheter une voiture.

### **Synthèse de l'entretien :**

Pour conclure, les données d'entretien de **Zinedine**, on pourrait dire que l'image du corps est perturbé et mauvaise, il se manifeste par un sentiment d'infériorité physique, le manque de confiance en soi. Il considère son corps comme étant incomplet et incapable d'accomplir certaines tâches de la vie quotidienne.

---

<sup>12</sup> « Tamughli wiyadh themahneyi, daghen Ur hemlegh ara ad uraregh d wiyadh, wahi d la famille ynu kan »

<sup>13</sup>« Nekki machi daqechich normal, usawadheghara ad uraregh d lwachul »

## **2-1 : analyses et interprétation du dessin de bonhomme de Zinedine :**

### **Analyse qualitative du dessin :**

1-Comportement en cours d'exécution : concentration, lentement.

2-Aspects globaux du dessin :

1-1 : l'emplacement : le dessin est déporté à gauche dans le sens vertical.

2 : les dimensions et les proportions du bonhomme :

Dimension : dessin petit. Proportion : absence du corps, les bras sont plutôt petite, des jambes absents.

3 : Tracé : léger, gommage.

4 : Position et symétrie : de face.

5 : Posture et mouvement :

Posture : figée, position des bras et des jambes sont absents.

Mouvement : absence de mouvement.

6 : Coloriage : absence de couleur.

7 : Personnalisation :

L'âge : indéterminé

Sexe : homme

Identité : un jeune garçon.

8-Expression : regard direct.

9-Environnement : environnement autour du dessin est absent.

**Aspect analytique de dessin :**

1-Tête : caricature, les yeux : grande.

2-Le tronc : absent.

3-Absence des jambes et des mains.

4-Vêtement : l'absence de vêtement.

**feuille de notation du bonhomme****Feuille de notation du bonhomme de Zinedine :****Nom : Zinedine****âge réel : 12 ans****Feuille de notation du bonhomme****Echelle de maturité****1-Tête :**

- 1-Tête présente ●
- 2-Présence des yeux ●
- 3-Présence de la bouche ●
- 4-Présence de nez ●
- 5-Présence des cheveux ●
- 6-Couleur « réaliste » du fond du visage
- 7-Couleur « réaliste » des yeux
- 8-Couleur « réaliste » de la bouche
- 9-Forme ovale des yeux
- 10-Au moins deux détails des yeux
- 11-Couleur entièrement réaliste du visage
- 12-Forme évoluée de la bouche
- 13-Ecartement correct des yeux ●
- 14-Hauteur correct des yeux
- 15-Forme évoluée du nez
- 16-Forme évoluée ou « coiffure » des cheveux
- 17-Couleur réaliste du nez
- 18-Au moins trois détails des yeux

19-Présence de prunelles

20-Présence des sourcils

21-Couleur rouge de la bouche

22-« Coiffure » spéciale des yeux

## **2-Schéma corporel :**

1-Bonhomme reconnaissable ●

2-Dessin « orienté » dans la page

3-Au moins deux détail corporels ●

4-Tronc présent ●

5-Bras présent ●

6-Jambes présent

7-Bras attachés au tronc

8-Jambes attachés au tronc ●

9-Présence des pieds

10-Tronc plus long que large

11-Bras à double trait

12-Jambes à double trait

13-Contours du dessin au crayon noir

14-Présence des doigts (nombre quelconque)

15-Bonnes proportions des bras 16tronc « souple »

16-Tronc « souple »

17-Cou présent

18-Bonnes proportions des jambes

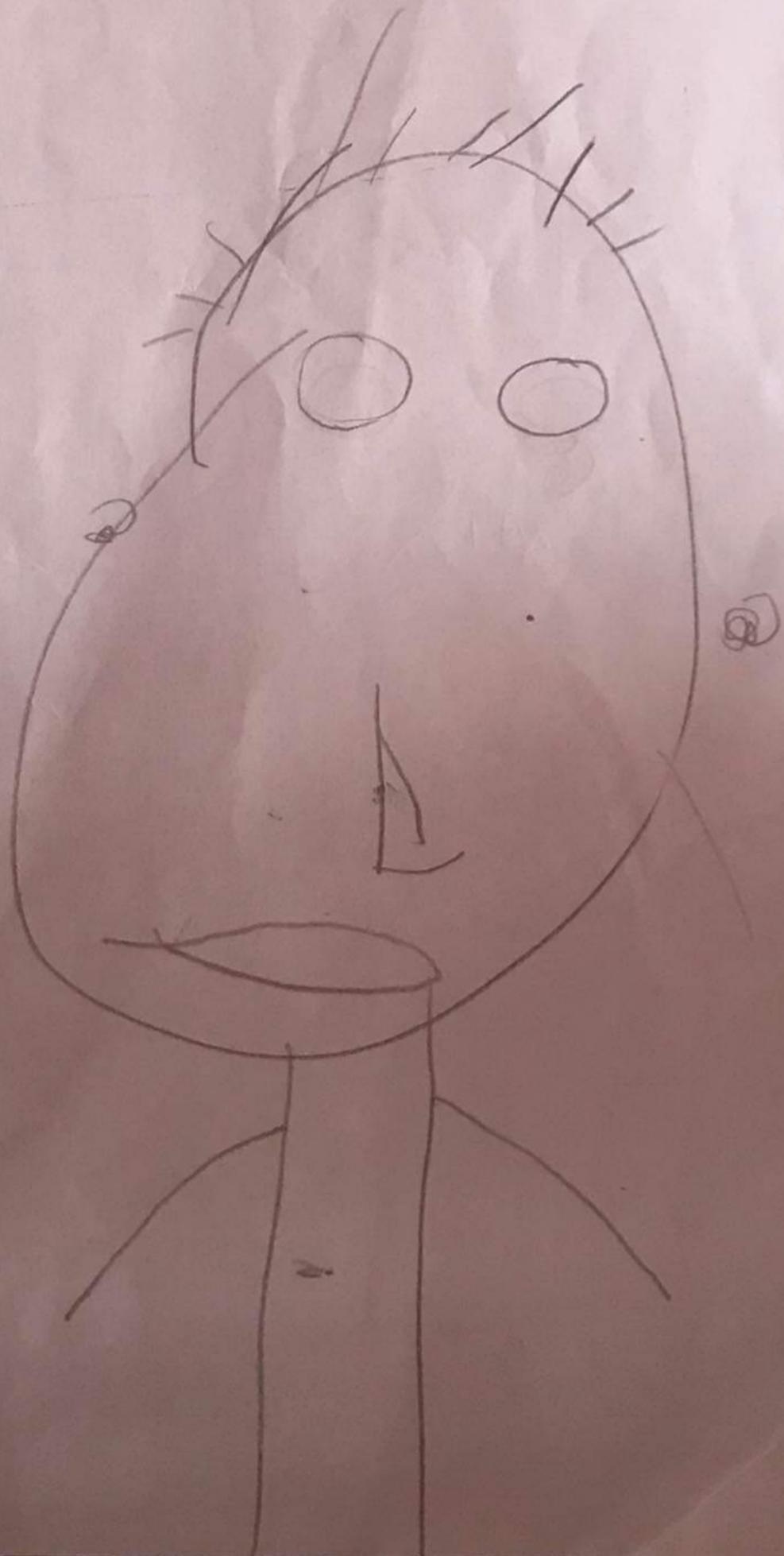
19-Bras attachés ou tronc à la place correcte ●

20-Forme « souple » des jambes

- 22-Sexe reconnaissable
- 23-Couleurs réaliste des mains
- 24-Attache des jambes espace intermédiaire
- 25-doigts ou pouce détails des autres doigts représentés globalement
- 26-Epaule présentes
- 27-Bonne proportion de la tête
- 28-Age reconnaissable
- 29-Présence de la paume de la main (avec ou sans doigts)
- 30-Attache « sans limite » des jambes
- 31-Attache « sans limite » des bras
- 32-Position « logique » des pieds
- 33-Couleurs identique « réaliste » du visage et des mains

### **3-Vêtement :**

- 1-Présence des vêtements
- 2-Au moins 1 détail vestimentaire
- 3-Pantalon présent
- 4-Ceinture présente
- 5-Chaussure présentes
- 6-Au moins 2 détail vestimentaire
- 7-Manches de couleur identique au corsage
- 8-Manches « séparées » ou « détachées » des mains
- 9-Au moins 3 détail vestimentaire
- 10-Corsage « séparées » ou « détaché »
- 11-Pantalon « détaché » des jambes
- 12-Chaussures de couleur réaliste
- 13-Au moins 4 détail vestimentaire
- 14-Bonhomme « personnalisé »



**Tableau N° 07 : Analyse qualitative de dessin de Zinedine****Aspect globaux du dessin**

<b>Analyse</b>	<b>Interprétation</b>
Comportement en cours d'exécution :  Dessin exécuté lentement avec concentration.	-Bonne adaptation.
Emplacement : le dessin est déporté à gauche dans le sens vertical.	La tendance à l'expression émotionnelle immédiate et se montre infantile, la matérialité, idéalisme et la vie imaginaire.
Dimension et proportion de dessin :  Dessin petit, absence du corps, les jambes sont absentes.	Rétraction de la personnalité, timidité, crainte, manque de confiance en soi.  Sentiment d'infériorité physique.
Tracé :  Léger, le gommage	-Sensibilité, hésitation, manque de confiance en soi.-L'insatisfaction de soi, trahis, l'indécision, sentiment d'infériorité.
Position et symétrie :  De face	-enfant relativement équilibré, dominant ses instincts.

<p>Posture et mouvement :</p> <p>Posture : figée</p> <p>Position : des bras et des jambes sont absents, absence de mouvement.</p>	<p>-L'insatisfaction du besoin instinctuel inhibition et anxiété qui interdisent au sujet de céder à une pulsion, Une forte agressivité.</p> <p>-Problème de narcissisme de castration.</p>
<p>Coloriage : absence de couleur</p>	<p>Tristesse.</p>
<p>Personnalisation :</p> <p>L'âge : 12ans</p> <p>Sexe : homme</p> <p>Identité : un jeune garçon.</p>	<p>-Signe d'une certains perception du temps, d'une bonne assimilation, la consigne et de ce fait d'une certains maturité psychique.</p> <p>-Identification masculin.</p>
<p>L'expression : regard direct.</p>	
<p>Environnement : environnement autour de dessin est absent.</p>	<p>-Préoccupation orale mais aussi sexuelles, vide totale.</p> <p>-Manque de sentiment de solitude.</p>

**Tableau N° 08: aspect analytique du dessin de Zinedine**

Tête : caricature Les yeux : grands	-Siège de la pensée, des aspirations intellectuelles, du contrôle volontaire des instincts de la vie imaginaire, lieu de la communication sociale.  -Indique la tendance à l'extraversion.
Le tronc : absent	-Evoque essentiellement les organes sexuels.
L'absence des jambes. Absence des mains.	-Expriment la sécurité, affirmation de soi, absence de contact avec l'environnement.  -L'incapacité d'établir des liens avec autrui et le sentiment de culpabilité.
Vêtement : absence de vêtement	-égocentrique, des individus qui rejettent les conventions sociales.

**2-2Discussion de l'analyse de dessin de Zinedine :**

L'épreuve a eu lieu juste après l'entretien, au début sa réaction à été positive, il à accepté facilement de dessiner un bonhomme, le matérielle était sur le bureau il a pris directement de crayon et la gomme, il à commencé a dessiné son bonhomme, d'abord par la tête, puis les yeux, le nez, la bouche, les oreilles et les cheveux, vers la fin il avait fini par les bras.

Zinedine à ignorer de colorie son bonhomme, son dessin déporté à gauche dans le sens vertical, ce qui est une tendance à l'expression émotionnelle immédiate et se montre infantile, la matérialité, idéalisme et la vie imaginaire. La taille petite éprouve une rétraction de la personnalité, manque d'estime de soi.

Le tracé de Zinedine est léger exprime la sensibilité, hésitation, manque de confiance en soi qui peut renvoyer à un corps incomplet. Le gommage peut être représenté par des insatisfactions de soi, trahis et le manque de sentiment d'infériorité.

Il à ignoré les crayons de couleur pour teinté son bonhomme qui dénote la tristesse. L'environnement autour de dessin est absent ce qui est exprime préoccupation orale, mais aussi sexuelle, le manque de sentiment solitude.

La tête caricature renvoyer au siège de la pensée, des inspirations intellectuelles, des instincts de la vie imaginaire. Les yeux sont grand indique la tendance à l'extraversion.

Et en ce qui concerne le tronc est absent, ce qui évoque essentiellement les organes sexuels. Dans le dessin de Zinedine on a remarqué que les jambes sont absents qui expriment la sécurité, affirmation de soi, absence de contact des mains qui désigne l'incapacité d'établir des liens avec autrui et le sentiment de culpabilité. Les vêtements ne sont pas portés dans son dessin.

L'enfant voit son image mauvaise et perturbé, son corps incomplet car il a un manque de sentiment et de confiance en soi et d'une immense crainte.

A la fin, l'étude de dessin permet d'évaluer, d'observer attentif et de découvrir les sentiments de l'enfant, ses problèmes affectifs, l'état de son équilibre mental.

### **Le dessin présenté par Zinedine se caractérise par des critères d'une mauvaise image du corps qui s'est représenté par :**

Le tracé léger et le gommage, bonhomme petit, refus de colorier, environnement autour de dessin est absent.

### **Synthèse de l'analyse des résultats de Zinedine :**

Après l'utilisation de deux outils qui sont, l'entretien et le dessin de bonhomme que nous annonce des informations concernant la qualité de son image du corps qui est mauvaise et perturbé. Le regard porte sur lui une hésitation, manque de confiance en soi ainsi le sentiment d'infériorité et l'insatisfaction de soi.

Analyse et le dessin de Zinedine indique une image incomplète, l'incapacité d'établir des liens avec autrui. Son dessin est représenté par une caricature qui peut signifier des aspirations intellectuelles et la vie imaginaire.

### 3 : présentation et analyses des données de l'entretien clinique de Mo3iz :

**Mo3iz** est un enfant trisomique, il a une aberration chromosomique type 21, hyperactif ce qui l'empêche de suivre le programme, comprendre la consigne. Il maîtrise quelque activité manuelle, il est autonome. Il est né le 04 novembre 2012, il est intégré au centre psychopédagogique le 10 octobre 2020.

Au cours l'entretien, nous avons constaté qu'il est déconcentré et désintéressé. Il parle trop, il ne veut pas accepter directement notre proposition de participer à notre recherche. Il répondait avec des phrases courtes et non compréhensibles et qui sont suivies par des moments de silence. C'est un enfant hyperactif et son langage n'est pas développé.

Après lui avoir posé les premières questions, à propos de son de son corps, il nous a montré ses parties avec des signes.

Quand on a demandé à **Mo3iz** si il y'a des parties de son corps à l'extérieur il nous a répondu « je ne sais pas »<sup>1</sup>, et à l'intérieur il déclare « le cœur, estomac »<sup>2</sup>. Il nous a montré ses parties qui bougent «les mains, les pieds », aussi il à fait des gestes avec ses bras comme les parties qui peuvent plier et déplier. Donc, malgré il nous a montré ses parties avec des signes on peut dire que Mo3iz maîtrise son schéma corporel.

Il nous a affirmé que « grâce à mon corps que je fais le sport »<sup>3</sup>, concernant la partie fragile dans son corps, il nous à répondu « les yeux », on a lui demandé pourquoi cette réponse, il nous à répondu « car je porte toujours les lunettes, moi je veux pas »<sup>4</sup>. Il ne veut pas parler ou bien répondre a notre question concernant la partie solide. Pour l'endroit qu'il préfère dans son corps il nous à dit « mon visage »<sup>5</sup> et ses pieds comme un endroit qu'il déteste, il nous à dit « car je ne peux pas marcher »<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> « u3elimeghara »

<sup>2</sup> « Uliw, l'estomac ynu »

<sup>3</sup> « S le corps iw ikhdmegh le sport »

<sup>4</sup> « Alniw », « akhater toujours khdmegh newadher, nekki uveghighara »

<sup>5</sup> « Udemiw »

<sup>6</sup> « Idhareniw, akhater uzemireghara ad ddugh »

Il a formulé ces phrases avec un grand silence intérieur qui a révélé en lui un sentiment de honte et de culpabilité.

Quand on lui a demandé où se trouve sa pensée, il nous a fait un signe avec sa main directement à « la gorge »<sup>7</sup>, on a insisté avec lui ou exactement il ne veut pas nous répondre, ainsi il voit son corps actuellement moche.

Globalement, il répond d'une manière confiant, on a demandé s'il utilise le miroir pour voir son corps, il nous a répondu « oui mais il me plaît pas car je le vois moche »<sup>8</sup>. Nous pouvons dire que Mo3iz vit un refus et un déni de son corps et il n'est pas satisfait de son corps complet

Cependant, pour la partie qu'il préfère de plus, il nous a répondu « aucune »<sup>9</sup>, on lui a demandé de nous expliquer la raison, il nous a dit « car je ne suis pas beau »<sup>10</sup>. Il tendit qu'il ces mains était la partie la plus détestée de ces derniers, car elles étaient petite, mais malheureusement quand on lui a demandé quelles est la partie la plus utiliser de son corps, nous à rien dit resté figée. On constate que Mo3iz, manifeste un sentiment d'inutilité de son corps, il se sent d'un corps incomplet cela sans doute influence son mode de vie.

Ensuite, on lui a demandé si il aimerait avoir un corps comme une autre personne sa réponse était oui, « je voudrais avoir un corps comme mon amis »<sup>11</sup>. Nous avons remarqué que Mo3iz, présente toujours un sentiment de l'insatisfaction en soi, la preuve il a l'impression d'avoir un corps comme son amie.

Quand on à lui demandé si il sort en dehors de la maison, sa préférence était le stade et le foot. Mais le regard des autres envers lui était une vraie gêne pour lui. Donc, sur le plan relationnel, il est un peu réservé, il n'est pas quelqu'un qui crée des liens facilement, et le regard des autres le gêne, ce qui signifie qu'il présente l'évitement qui peut être une façon de s'éloigner de la réalité.

---

<sup>7</sup> « Thaghecheth »

<sup>8</sup> « Ih, me3na uyedita3javara, akhater ichmeth ».

<sup>9</sup> « Ulach »

<sup>10</sup> « Akhater ucheviheghara »

<sup>11</sup> « Veghigh ad se3ugh le corps am wmedakeliw ».

Enfin **Mo3iz**, son souhait est de réussir dans ses études comme son frère, et quand il sera grand, son rêve est de devenir un grand joueur.

### **Synthèse de l'entretien de Mo3iz :**

A la fin de l'entretien on se rend compte que le Mo3iz souffre d'une hyperactivité, l'estime de soi chez lui trop bas, et le sentiment d'infériorité, de honte et le manque de confiance en soi était les plus dominants.

### **3-1 : analyses et interprétation du dessin de bonhomme de Mo3iz :**

#### **Analyse qualitative du dessin :**

1-Comportement en cours d'exécution : rapidité

2-Aspects globaux du dessin :

1-1 : l'emplacement : En haut vers la droite dans le sens horizontal.

2 : les dimensions et les proportions du bonhomme :

Dimension : dessin de taille normal, tête : petite.

3 : Tracé : léger, gommage.

4 : Position et symétrie : asymétrie.

5 : Posture et mouvement : dessin de face.

Posture : figée.

Position des bras : horizontale

Mouvement : absence de mouvement.

6 : Coloriage : absence de couleur.

7 : Personnalisation :

L'âge : 10ans.

Sexe : homme

Identité : un enfant.

8-Expression : regard direct.

9-Environnement : le chat.

### **Aspect analytique de dessin :**

1-Tête : caricature. Les yeux : petits avec les prunelles sans cils, le nez : déformé, la présence des oreilles.

2-Le tronc : absent.

3-Membres : des bras et des jambes présents.

4-Vêtement : l'absence de vêtement.

## Feuille de notation du bonhomme de Mo3iz

Nom : Mo3iz

Age réel : 10ans

### Feuille de notation du bonhomme

#### Echelle de maturité

##### 1-Tête :

- 1-Tête présente ●
- 2-Présence des yeux ●
- 3-Présence de la bouche ●
- 4-Présence de nez ●
- 5-Présence des cheveux ●
- 6-Couleur « réaliste » du fond du visage
- 7-Couleur « réaliste » des yeux
- 8-Couleur « réaliste » de la bouche
- 9-Forme ovale des yeux ●
- 10-Au moins deux détails des yeux
- 11-Couleur entièrement réaliste du visage
- 12-Forme évoluée de la bouche
- 13-Ecartement correct des yeux ●
- 14-Hauteur correct des yeux
- 15-Forme évoluée de nez
- 16-Forme évoluée ou « coiffure » des cheveux
- 17-Couleur réaliste du nez
- 18-Au moins trois détails des yeux
- 19-Présence de prunelles ●
- 20-Présence des sourcils
- 21-Couleurs rouge de la bouche

22-Coiffure » spéciale des cheveux

## **2-Schéma corporel :**

1-Bonhomme reconnaissable ●

2-Dessin « orienté » dans la page

3-Au moins deux détails corporel ●

4-Tronc présent

5-Bras présent ●

6-Jambes présent ●

7-Bras attaché au tronc ●

8-Jambes attaché au tronc ●

9-Présence des pieds ●

10-Tronc plus long que large ●

11-Bras à double trait

12-Jambes à double trait

13-Contours du dessin au crayon noir

14-Présence des doigts (nombre quelconque)

15-Bonnes proportions des bras 16 tronc « souple »

16-Tronc « souple »

17-Cou présent

18-Bonnes proportions des jambes

19-Bras attachés au tronc à la place correct

20-Forme « souple » des jambes

21-Cou « souple »

22-Sexe reconnaissable

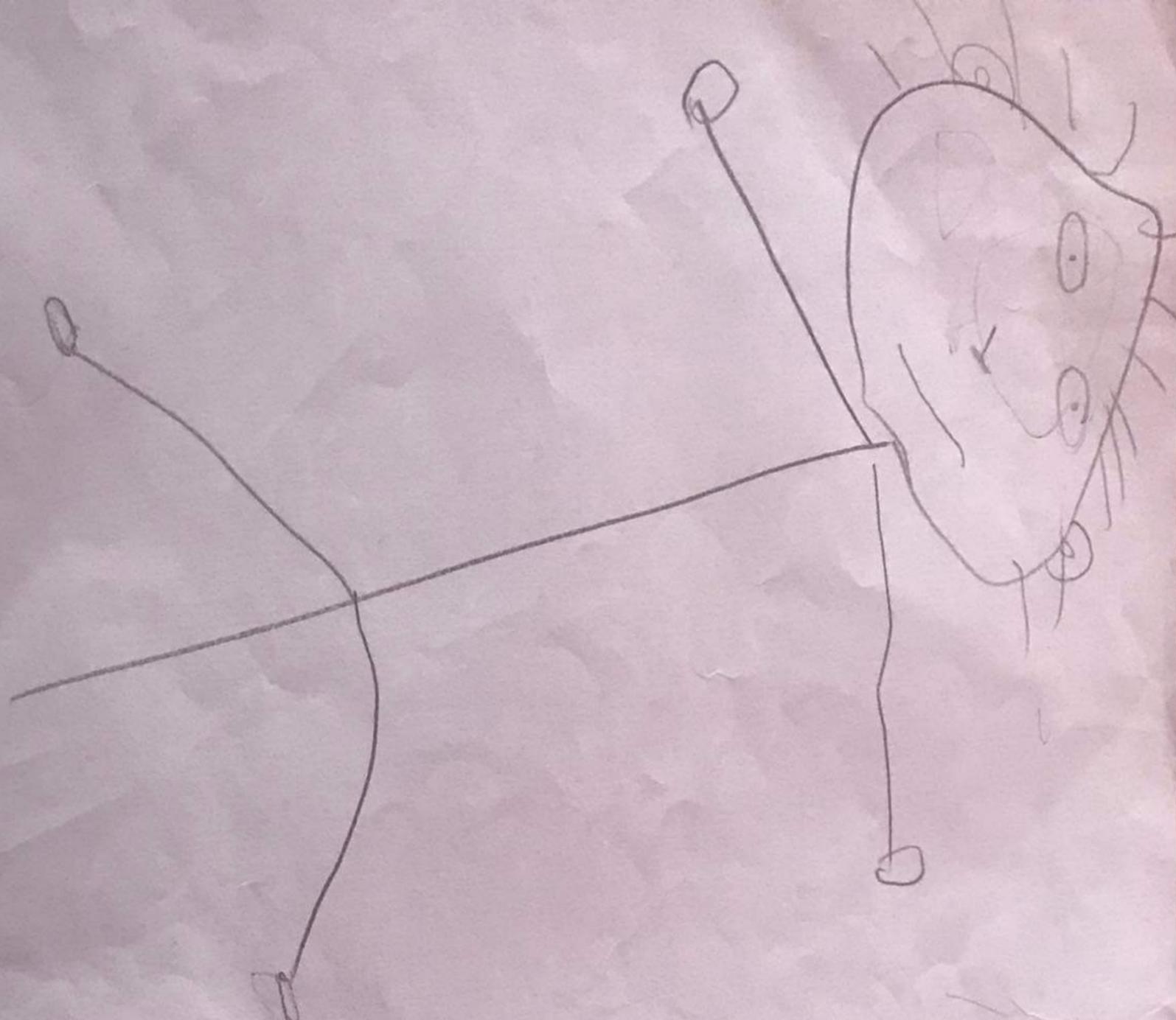
23-Couleurs réaliste des mains

24-Attache des jambes sans espace intermédiaire

- 26-Epaules présentes
- 27-Bonnes proportion de la tête
- 28-Age reconnaissable
- 29-Présence de la paume de la main (avec ou sans doigts)
- 30-Attache « sans limite » des jambes
- 31-Attache « sans limite » des bras
- 32-Attache « sans limite » des pieds
- 33-Couleur identique et « réaliste » du visage et des mains

### **3-Vêtement :**

- 1-Présence du vêtement
- 2-Au moins 1 détails vestimentaire
- 3-Pantalon présent
- 4-Ceinture présent
- 5-Chaussure présentes
- 6-Au moins 2 détails vestimentaire
- 7-Manches de couleur identique ou corsage
- 8-Manches « séparées » ou « détachées » des mains
- 9-Au moins 3 détails vestimentaire
- 10-Corsage « séparées » ou « détachées »
- 11-Pantalon « détachées » des jambes
- 12-Chaussures de couleurs réaliste
- 13-Au moins 4 détails vestimentaire
- 14-Bonhomme « personnalisé »



**Tableau N° 09 : Analyse qualitative de dessin de Mo3iz****Aspects globaux de dessin.**

<b>Analyse</b>	<b>Interprétation</b>
<p>Comportement en cours d'exécution :</p> <p>Rapidité.</p>	<p>-Mauvaise adaptation.</p> <p>-Instabilité psychomotrice qui peut renvoyer à une détresse psychologique.</p>
<p>Emplacement :</p> <p>En haut vers la droite dans le sens horizontale.</p>	<p>-Le haut possède une vie imaginaire.</p> <p>-Témoigne de force de contrôle intellectuels, et de maturité.</p> <p>-Témoigne d'un sens concret développé (besoin de posséder de l'espace autour de soi), manque d'idéalisme, assorti d'une certaine matérialité).</p> <p>-Témoigne une attitude d'opposition (esprit de contradiction, besoin d'affirmer sa personnalité en faisant contraire de ce qui est demandé).</p>
<p>Dimension et proportion de dessin :</p> <p>Dessin de taille normal</p>	<p>-Un bon accrochage à la réalité.</p>

<p>Tracé :</p> <p>Léger, le gommage</p>	<p>-Sensibilité, hésitation, manque de confiance en soi.</p> <p>-L'insatisfaction de soi, trahis, l'indécision, sentiment d'infériorité.</p>
<p>Position et symétrie :</p> <p>Asymétrie</p>	<p>-</p>
<p>Posture et mouvement : dessin de face</p> <p>Posture : figée</p> <p>Position des bras : horizontale</p> <p>Absence de mouvement.</p>	<p>-Enfant relativement équilibré, dominant ses instincts.</p> <p>-L'insatisfaction du besoin instinctuel s'exprime la posture ou bien l'inhibition et l'anxiété qui interdisent au sujet de céder à une pulsion. Une forte agressivité et souvent sous-jacente.</p> <p>-Exprime une tension vers l'entourage et un besoin d'action.</p> <p>-Problème de narcissisme, de castration.</p>
<p>Coloriage : absence de couleur</p>	<p>Tristesse.</p>
<p>Personnalisation :</p> <p>L'âge : 12ans</p> <p>Sexe : homme</p> <p>Identité : un jeune garçon.</p>	<p>-Signe d'une certaine perception du temps, d'une bonne assimilation, la consigne et de ce fait d'une certaine maturité psychique.</p> <p>-Identification masculine.</p>

L'expression : regard direct.	
Environnement : le chat	-Ils provoquent généralement un animal familier, cher à l'enfant peut être par compensation d'un sentiment d'abandon ou de solitude.

**Tableau N° 10 : Aspects analytique de dessin de Mo3iz**

Tête : caricature Les yeux : petits avec prunelles sans cils Le nez : déformé La présence oreilles.	-Siège de la pensée, des aspirations intellectuelles, du contrôle volontaire des instincts, de la vie imaginative, lieu de la communication sociale.  - Indique la tendance à l'introversion.  -Masturbation, crainte de castration.  -Signe de curiosité, besoin d'être écouté ce qui se dit à propos de son image.
Le tronc : absent	
La présence des bras et des jambes.	-Expriment la sécurité, l'affirmation de soi, le contact avec l'environnement, activité sexuelle.  -Le contact avec autrui, avec les objets, aussi avec son propre corps.
Vêtement :  L'absence de vêtement	

### 3-2 Discussion et analyses de dessin de Mo3iz :

D'après l'entretien semi-directif, on est analysée que Mo3iz a été négative, instable, mal aise, nous lui à demandé de dessiner un bonhomme sur une feuille blanche il à accepté, il à pris un crayon et commencé de le dessiner.

Il avait commencé par une tête, les oreilles, les yeux, la bouche, les cheveux ainsi les bras et les jambes, il à commencé à dessiné son bonhomme en haut vers la droite dans le sens horizontale ce qui possède une vie imaginaire, témoigne de force de contrôle intellectuel et maturité, témoigne une attitude d'opposition (esprit de contradictoire, besoin d'affirmation sa personnalité). Ensuite a pris une gomme et il a effacé les yeux, puis il a refait les yeux par des petites taille. Durant cette épreuve Mo3iz a été rapide sur son dessin.

Dans ce dessin on remarque qu'il est de taille normal, ce qui est peut signifier un bon accrochage à la réalité.

Le tracé de Mo3iz est léger, gommage ce qui peut renvoyer à la sensibilité, hésitation, manque de confiance en soi ainsi que l'insatisfaction de soi, trahis, et le sentiment d'infériorité. La position est asymétrie, le personnage de Mo3iz est de face qui désigne l'enfant relativement équilibré, dominants ses instincts.

La posture figé, exprime l'inhibition et l'anxiété qui interdisent au sujet de céder à une pulsion, une forte agressivité et sauvent sous-jacente. Ensuite, les brases horizontaux qui peuvent s'exprimer une tension vers l'entourage et une tension d'action, absence de mouvement qui est le problème de narcissisme et castration.

Cependant, il ignoré les crayons de couleurs, de colorier son bonhomme ce qui est dénote la tristesse, un jeun enfant l'âge de 10ans.

En ce qui est concerne l'environnement autour du dessin est le chat qu'ils provoquent généralement un animal familier, cher à l'enfant peut être par compensation d'un sentiment d'abandon ou de solitude

Ensuite, la présence des oreilles renvoyer au besoin d'être écouté ce qui se dit à propos de son image, pour le tronc est absent

La présence des bras et des jambes sont expriment la sécurité, l'affirmation de soi, le contact avec l'environnement et l'activité sexuelle, aussi contact avec autrui avec les objets et avec son propre corps

A la fin, on trouve son dessin sans vêtement, il voit son schéma corporel non clair, une image incomplète

### **Le dessin présenté par Mo3iz se caractérise par des critères d'une mauvaise image du corps qui s'est représenté par :**

Il a accepté de dessiner rapidement, gommage, bonhomme taille normal, refus de colorier, le chat autour de dessin.

### **Synthèse de l'analyse des résultats de Mo3iz :**

Selon les résultats de l'analyse de deux outils (l'entretien et le test de bonhomme), on a remarqué que Mo3iz est un enfant hyperactif, rapidité qui désigne une mauvaise adaptation et instabilité psychomotrice. Concernant les informations de son image de corps qui est incomplète, non clair, il a le manque de sentiment d'infériorité et la confiance en soi.

Donc on est arrivés à un résultat qui veut dire handicap de Mo3iz à un regard sur lui qui porte une image mauvaise et perturbé de son corps.

## 4-Discussion générale des résultats :

### 4-1 Discussion de notre hypothèse:

L'objectif de notre recherche est de d'écrire d'une manière générale notre thème qui s'intitule « la qualité de l'image du corps chez les enfants porteur de la trisomie 21, afin d'avoir réussi cet objectif, on s'est entendu avec trois cas.

De ce fait, nous avons se basé à la vérification de notre hypothèse formulée, nous avons s'adossant sur deux (02) outils d'investigation employés à la pratique qui sont l'entretien clinique semi-directif et le test projectif de dessin de bonhomme de Royer.

Ensuit, notre hypothèse « la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques est mauvaise et perturbée, renvoie à un corps et une image non clair qui signifie un manque de confiance en soi, aussi le manque de sentiment confirmé avec tout les 03 cas qu'on a employés en pratique.

Suit aux l'analyses des résultats obtenus au cours de l'entretien et le test du bonhomme on a affirmé notre hypothèse avec les trois cas qu'on a sélectionné (Ridha, Zinedine, Mo3iz). Donc, dans cette hypothèse l'image du corps est mauvaise.

Selon **AUBIN**, le dessin de l'enfant nous livre : soit une image de lui-même, tel qu'il se sent être, soit une image de ce qu'il voudrait être, soit une image de ce qu'il refuse d'être, soit enfin une image justificative. (Citer par Royer.).

Cependant, durant l'entretien on a observé dans ces trois cas les caractéristiques et des signes communs qui sont tout de même relations par leurs changements corporels.

L'entretien de **Ridha**, se caractérise par une image du corps mauvaise et vulnérable. Il perçoit son corps comme étant incomplet ainsi un manque de confiance en soi, on a constaté que **Ridha** le regard des autres à également un impact négative sur sa personnalité.

Pour le dessin du bonhomme suggestif d'une image du corps mauvaise confirmée par son dessin qui est grande ce qui signifie la rétraction de sa personnalité suite à son handicap qui peut traduire un schéma corporel déformé non claire, incomplet y voir une image non intégrée, ainsi un manque de confiance en soi.

L'analyse des résultats obtenus de l'entretien avec **Zinedine**, formellement une image du corps mauvaise et perturbée. On constate que l'handicape il se manifeste par un manque de sentiment d'infériorité physique et le manque de confiance en soi, il considéré son corps comme étant incomplet et incapable d'accomplir certains taches de la vie quotidienne.

Pour le dessin bonhomme suggestif d'une image du corps mauvaise, fragile confirmée par son dessin qui est petit qui désigne la rétraction de sa personnalité, timidité, il traduire un schéma incomplet. Voie une image non clair qui signifier le manque de confiance en soi, et une image du corps perturbée.

En dernier lieu, **Mo3iz**, possède mauvaise image du corps d'après les informations de l'entretien clinique, il souffre d'une hyperactivité, l'estime de soi impose sur lui tel que la honte et le manque de confiance en soi était le plus dominants.

Concernant les résultats obtenus au test du bonhomme, l'image du corps mauvaise est dévoilée, qui se traduit par un sentiment d'infériorité lié à son physique, un manque de confiance en soi et l'insatisfaction de soi, vue que son dessin est représenté par une caricature ce qui peut signifier une dévalorisation dans le sens de castration et d'éloignement de la réalité, il s'éloigne de son propre corps, il cherche à travers le monde sa place perdu.

Vers la fin, notre hypothèse qui s'intitule « la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques est vulnérable, perturbé », se trouve confirmé avec tous les cas.

# **Conclusion**

## Conclusion :

A travers notre recherche on a essayé d'aborder que les déformations de l'handicapés influence sur le côté physique et mental des enfants porteurs de la trisomie 21, et leurs qualités de l'image du corps qui est importante de la personnalité de l'être humain, le corps est un instrument des conduites et support de l'identité, pour avoir un corps se rejoindre à certains objets.

De ce fait, l'image du corps chez les personnes est en bonne santé seraient stables, réels, et joueraient un rôle important dans l'identité personnelle, mais si les personnes atteintes par des déformations physiques et mentaux veut dire un handicap, donc leurs images du corps mauvaise et perturbée.

L'objectif principal de cette recherche qui s'intitule « la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomiques », est de déterminer la nature d'image du corps de ses enfants et d'expliquer le regard autrui et les souffrances.

Ensuite, l'analyse de contenu de l'entretien semi-directif de cette recherche, ainsi que les résultats obtenus lors de la passation du test projectif qui est le dessin du bonhomme, notre hypothèse juste, confirmée avec tous les cas. Les enfants trisomiques ont une image non clair, incomplète du corps soit : fragile ou perturbée, ce qui provoque hésitation, manque de confiance en soi, l'insatisfaction de soi et le sentiment d'infériorité.

Notre recherche a été effectuée au sein du centre psychopédagogique pour les handicapés mentaux, wilaya de Bejaia. Cette recherche à objectif de décrire la qualité de l'image du corps chez un handicap, on rentre sur 02 partie, l'image du corps et enfant trisomique pour la vérification de nos hypothèses.

Nous avons eu recours à l'entretien semi-directif et ces outils, été appliqué pour les 03 cas réalisés dans le but d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses à partir des résultats obtenu durant notre recherche.

Pour conclure, durant cette recherche scientifique nous a reste une expérience très enrichissante et didactique à travers laquelle nous avons appris beaucoup de choses, aussi est une occasion de nous entraîner avec le terrain de recherche scientifique.

# Liste des références

## **La liste des références :**

- 1-** Ammann. I, (2012), « trisomie 21 approche orthophonique. Repères théoriques et conseils aux aidants. Bruxelles. De Boeck.
- 2-** Anthéunis. P, Ercolani-Bertrand F, Roy S. (2003). Dialogoris, 0/4ans. Nancy, commedic.
- 3-** Anzieu .D, (1995), Le Moi-peau, Paris Dunod.
- 4-** Cuilleret, Monique. «Trisomie et handicaps génétiques associés, potentialités, compétences, devenir». : Masson 5ème édition. 2007, p438. (Problématique).
- 5-** Chahraoui.Kh, Benony.H, (1999), L'entretien clinique, Paris, edition.Dunod
- 6-** Chahraoui.Kh, Benony.H, (2003), Méthode évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris, édition. Belin).
- 7-** Denis. V, (1997), « Accompagner l'enfant trisomique ».
- 8-** Dictionnaire fondamental de la psychologie, (1997), 1<sup>ère</sup> édition.Bordas
- 9-** Dolto, F. (1981), Au jeu du désir, Paris : Seuil.
- 10-** Dolto. F. (1984), L'image inconsciente du corps, éd du Seuil.
- 11-** Flori .F, Doray.B, Carelle .N, (2006-2007), « la trisomie 21 », in de la conception à la naissance item 31.
- 12-** Gagnon, (2012), l'étude de cas comme méthodes de recherche, 2<sup>ème</sup> édition, Canada.
- 13-** Goffinet. M, (2008), « le vécu des parents de personnes trisomique 21 et attentes vis-à-vis de médecin traitant », thèse de doctorat en médecin, sous la direction de président, Henri Planchu, l'université Claude Bernard-Lyon1.
- 14-** Grawitz. M (2006/2001) : « Méthodes des sciences sociales ». Paris, France 11<sup>ème</sup> édition. Dalloz.

- 15-** Grogan, S. (2008): *Body Image – Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children* (2nd Ed.). London and New York: Psychology Press.
- 16-** Hansen, K. (2016, Avril 14). *Développement de la petite enfance: un investissement judicieux pour la vie*. Retrieved from blogs.worldbank.
- 17-** Henry Ey, Renard P, Brisset, Ch. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, 6<sup>e</sup> éd, Masson, Paris.1989.
- 18-** Hervé. F, (2002), *Enquête : entretien et questionnaire*. Paris. Dunod.
- 19-** Klein M. (1921). « Le développement d'un enfant », in *Essai de psychanalyse*. Paris : Payot. 1968.
- 20-** Korff-Sausse .S, *Comment le corps vient à la pensée et comment la pensée vient au corps*, *Journal de Psychanalyse de l'Enfant* n°20, 1997
- 21-** Lacombe. D, et Brun. V, (2008), « trisomie 21, communication et insertion », 13<sup>eme</sup> éd, édition Masson, paris.
- 22-** Lacon. J. (1994), « La relation d'objet », Paris, Edition Seuil.
- 23-** Nasio, J -D. (2007). *Mon corps et ses images*. Paris, France : Payot.
- 24-** Orge/Facteurs de risque et diagnostic-URL : [http://WWW.Cairn.info /La trisomie 21](http://WWW.Cairn.info/La%20trisomie%2021).
- 25-** Pedinielli.J.L (1999), « Introduction à la psychologie clinique », 2<sup>ème</sup> éd, France.
- 26-** Pireyre. E.W, *Clinique de l'image du corps*, Paris : Dunod, 2011.
- 27-** Pousse.T, (2007), « 100 idées pour en savoir plus sur les personnes avec trisomie 21), Edition Tom Pousse 33, boulevard Arago, Paris.
- 28-** Reich, M. (2009).*Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique*. In *information psychiatrique*, Repéré à <https://www.cairn.info/revue-l-informationpsychiatrique>.
- 29-** René.Baldy, (2002), *dessins d'enfants et développement cognitif*. France.
- 30-**Rethoré M-O. et al. (2005). « trisomie 21 : guide à l'usage des familles et de leur entourage ». Montreuil. Edition Bash.

- 31-** Roland. D, Françoise. P, (1991), « Dictionnaire de la psychologie », 1<sup>ère</sup> édition, paris.
- 32-** Robert-Ouvray.S, (2002), Intégration Motrice et Développement Psychique, Paris : Desclée de Brouwer.
- 33-** Royer, 1997, la personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme.Bruxelles, Belgique : Editest.
- 34-** Sanglande, A. (1983). L'image de corps et image de soi au Rorschach in technique projectif II.
- 35--**Schilder. P. (1968). L'image du corps. Paris, France : Gallimard.
- 36-**Sillamy. N. (1980). Dictionnaire de la psychologie. Paris : Bordas.
- 37-** Sperando.J.C. (1983), « L'ergonomie du travail mental », Paris 2emeEdition Masson.
- 38-**Terrier. N, (Mars2008), « trisomie 21 et témoignage d'autrui (les personnes adultes porteuse de trisomie 21 font-elles confiance au témoignage d'informateurs inconnus ?) », mémoire de licence en psychologie, sous la direction de Fabrice Clément, professeur FNS, université de Neuchâtel.
- 39-** Tourette. (2001), « l'évaluation psychologique des très jeunes enfants », Paris : Dunod.
- 40-** Tylka, T. L. (2011): Positive Psychology perspectives on body image. In: T.F. Cash & L. Smolak (Eds.), Body image: A handbook of science, practice, and prevention. New York, NY: Guilford Press.
- 41-**URL : [http //WWW trisomie 21-France](http://WWW trisomie 21-France).
- 42-** Wallon, E. (1934). Le corps propre et son image extéroceptive. Paris, France.
- 43-** Winnicott, D.-W, (1971), « le rôle du miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant » in Jeu et Réalité, Paris : Gallimard.

# **Annexes**

## **Annexe N° I : Le guide d'entretien semi directif :**

### **AXE 01 : renseignements personnels.**

Nom.

Prénom.

L'âge.

Niveau scolaire.

### **AXE 02 : dynamique de la représentation du corps et du schéma corporel.**

-Pouvez vous nous parlez sur votre corps ?

- Pouvez-vous me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?

- Pouvez-vous me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?

-Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?

-On peut faire quoi avec son corps ?

-Qu'est -ce qui est fragile dans le corps (pourquoi) ?

- Qu'est- ce qui est solide dans le corps, (pourquoi) ?

-Qu'est –ce vous aimez bien dans le corps ?est-ce qu'il y a des endroits que vous préférez ?

-Qu'est-ce que vous n'aimez pas comme parties du corps ?pourquoi ?

-Ou est la pensée à votre avis ? (si "dans le corps", ou exactement ?)

-Comment voyez-vous votre corps actuellement ?

-Est ce que vous utiliser le miroir pour voir votre corps ?

-Lorsque vous utiliser le miroir est-ce que vous vous plaisez ? Qu'est ce que vous ressentez ?

-Quelle est la partie que vous aimez plus dans votre corps ?

-Quelle est la partie que vous détester dans votre corps ?pourquoi ?

-Quelle est la partie que vous utilisez toujours dans votre corps ?donne moi un exemple pour son utile ?

-Aimez-vous être comme le corps d'une autre personne ? Si c'est oui, comme qui ?

-Pouvez-vous nous dire si vous sortez en dehors de la maison ? Si oui, où vous passez votre temps ?

-Est-ce que le regard de l'autre vous gêne ?

### **AXE 03 : le regard sur l'avenir**

-Que souhaitez-vous ?

-Que voulez-vous devenir après tes études ?

-Comment vous imaginez vous quand vous serez grand(e) ?

## **Annexe N° II : guide d'entretien en dialecte Kabyle**

### **Renseignement personnels**

Amek isemik ?

Achehal g l3emrik ?

Achehal itegharedh ?

### **AXE 02 : dynamique de la représentation du corps et du schéma corporel.**

-Tzmredh aydhredh f le corps ik ?

-Tzmredh ayedinidh lhewayej g le corps uhntnezerara, igellan zedakhel ?

-Tzmredh ayedinidh lhewayej g le corps inzmer ahntner g verra ?

-Dachuhnet lhewayedj g le corps igteheriken, igzmren ad tne3wajnet ?

-Dachu inzmer ankhdem s le corps ik ?

-Dachu igellan fragile g le corps ik ?iwachu ?

-Dachu igellan iseha g le corps ik ?iwachu ?

-Dachu ithethibidh g le corps ik ?tse3idh lhewayedj ithethibidh mlih g le corps ik ?iwachu ?

-Dachut lhadja uthethibidhara g le corps ik? Iwachu ?

-Andalat la pensée 3la hesavik ? « Mayella g le corps », andalat exacte ?

-Amek idzredh le corps ik tura ?

-Mayella tsekkhedhamedh lmerri bach atzredh le corps ik ?

-Mi ara atetalayedh g lmerri, i3ejvaged yimanik ?dachu ithethusoudh ?

-Dachut la partie ithethibidh mlih g le corps ik ?

-Dachut la partie ithekrhedh g le corps ik ?

--Dachut la partie ithsekkhedhamedh toujours g le corps ik ?fekiyid l'exemple gachu itsekkhedhamet ?

-Mayella tveghidh atemagedh am le corps n l3ved nidhen ?mayella ih, am menhu ?

-Tzmredh ayedinidh mayella tetfghedh ar verra ?mayella ih, anda ithese3edayedh lweqeth ik ?

-Mayella tewaginidh mi ara akiditalay hedd ?

### **AXE 03 : le regard sur l'avenir :**

-Dachu ithesamedh ?

-Dachu itheveghidh ad fghedh matfakedh lqraya ?

-Amek itemaginidh imanik asema atemagedh dameqran ?

## **Résumé**

Cette recherche a pour objectif de décrire la qualité de l'image du corps chez les enfants trisomique. Il s'agit notamment d'étudier ou de connaître la qualité de leur image du corps déformé, incomplet chez un enfant porteur de la trisomie 21.

Sur le plan de vérifier la fiabilité de notre hypothèse, nous avons utilisé deux outils : un entretien clinique semi-directif et le test de dessin du bonhomme pour la recueillir d'information.

La réalisation de notre travail de recherche, nous avons remerciés et sollicités le centre psychopédagogique pour les handicapés mentaux de la wilaya de Bejaia.

Lors des entretiens que nous avons accordés avec les trois cas, nous avons pu constater que ces derniers ont une image du corps mauvaise et perturbée.

### **Mots clés :**

Un enfant trisomique, image du corps, entretien semi-directif, dessin du bonhomme .