

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MENTOURI CONSTANTINE**

**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SCIENCES SOCIALES
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, SCIENCES DE L'EDUCATION
ET ORTHOPHONIE**

N° d'ordre.....

N° de série

**RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE ET PRISE EN
CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES ENFANTS
HANDICAPÉS MOTEURS :**

cas des hémiplésiques et Infirmes Moteurs Cérébraux à Constantine.

Thèse présentée pour l'obtention du diplôme de Doctorat d'Etat
en psychologie clinique

Option

Psychopathologie infanto.juvenile

Réalisée par :

Mr BOUCHLOUKH MAHFOUD

Dirigée par :

Pr LOUKIA Hachemi

Soutenu le :

Membres du jury :

Président : CHELBI Mohamed, Professeur, Université Mentouri Constantine

Rapporteur : LOUKIA HACHEMI, Professeur, Université Mentouri Constantine

Examineur externe 1 : DJABBER Nacereddine, Professeur, Université de Biskra

Examineur externe 2 : CHORFI Med Seghir, M.C, Université de Sétif

Examineur interne : KERBOUCHE Abdelhamid, M.C, Université Mentouri
Constantine

Année 2008/2009

DEDICACES

Ce travail est dédié à la mémoire de mon feu Père qui a été ravi à la vie très jeune, n'a pas connu suffisamment ses enfants et n'a pas partagé leurs joies et peines. Que Dieu lui accorde sa miséricorde et l'accueille dans son vaste Paradis

A ma Mère qui a tout donné à ses enfants. Son sacrifice est inégalable, incalculable qu'elle trouve à travers ce modeste travail tout mon amour et ma reconnaissance. Que Dieu nous la préserve pour qu'elle partage avec nous tous les plaisirs de la vie.

A ma Femme, sans elle ce travail n'aurait jamais vu le jour. Merci pour ton soutien permanent et ton encouragement incessant et permanent. Merci pour tous les sacrifices consentis et partagés avec moi. Que Dieu te sauvegarde. Longue vie pleine de bonheur et de joie. A mes enfants, mes amours, j'espère pour vous tous, tout le bonheur du monde et bonne réussite dans vos projets d'avenir. Que Dieu vous garde.

A mes frères et sœurs que chacun et chacune d'eux trouve ici ma sincère affection et mon profond respect.

REMERCIEMENTS

Je tiens vivement à remercier le Professeur Loukia el Hachemi pour l'aide et le soutien qu'il m'avait apportés tout le long de la réalisation de ce travail. Je tiens à rendre hommage à sa sagesse, à sa clairvoyance et à ses compétences. Je salue aussi en lui sa modestie, son sens de l'humanité et son dévouement au travail et au service de l'autre. Qu'il trouve ici toute ma sensibilité à son œuvre scientifique et humaine intarissable. Mille fois merci.

Je remercie le professeur Chelbi Mohamed le modèle du défi positif et sa ténacité à œuvrer dans le sens de mener les projets scientifiques à leur terme. Qu'il trouve ici toute ma reconnaissance et mon sincère respect.

Je remercie aussi le Docteur Kerbouche Abdelahamid avec lequel je partage mon histoire à l'Université de Constantine, qu'il trouve ici toute ma sympathie et mon sincère respect.

Je remercie le Professeur Djabber Nacer eddine et le Docteur Chorfi Walid pour avoir accueilli favorablement l'invitation au jury de soutenance. Leurs qualités humaines demeurent embellies par les services rendus à l'Université Algérienne.

Je remercie tous les personnels de C.H.U Constantine et du Centre Médico-Psycho-Pédagogique Daksi II qui ont contribué, de loin ou de près, à la réalisation de ce travail. Comme je tiens à rendre hommage à tous les enfants de l'enquête et leurs parents.

A tous les enfants handicapés en Algérie.

PLAN DE TRAVAIL

Introduction	P.01
Origine de l'étude.....	P.01
Motivations de recherche.....	P.02
Objectifs.....	P.03
Problématique	P.03
Postulats hypothétiques	P.08
Présentation de l'étude.....	P.10
Les définitions : déficience motrice, handicap, santé.....	P.10
La notion de handicap.....	P.15
Histoire du handicap en Algérie.....	P.17
La charte nationale 1975.....	P.18
Le code de la santé 1976.....	P.19
L'IMC, c'est quoi au juste ?.....	P.21
Comment se manifeste la maladie ?.....	P.22
Prévention et prise en charge.....	P.23
Santé, maladie et handicap.....	P.26
Conclusion.....	P.29
Approche théorique : chapitre 01 : les handicapés	P.30
Définition.....	P.30
Les handicapés moteurs.....	P.31
Autres définitions du handicap.....	P.32
Catégories des handicaps.....	P.32
Tableau concernant les handicapés physiques et moteurs.....	P.33
Chapitre 02 : déficiences motrices, brefs repères	P.37
L'infirmité motrice cérébrale.....	P.37
Le syndrome spastique.....	P.37
Le syndrome athétosique.....	P.38
Le syndrome ataxique.....	P.38
Troubles associés éventuels.....	P.39
L'enfant I.M.C et son corps.....	P.40
Considérations générales.....	P.40
L'angoisse de l'enfant infirme moteur cérébral.....	P.43
Corps représenté et corps vécu.....	P.46
Infirmité motrice d'origine cérébrale (I.M.O.C).....	P.49

Qu'est-ce que c'est ?.....	P.49
Causes et facteurs de risque.....	P.49
Les signes de la maladie.....	P.50
Evolution de la maladie.....	P.51
Le traitement.....	P.52

Chapitre 03 : prise en charge et orientation de l'enfant handicapé moteur.....

.....	P.55
Enfant.....	P.55
Handicap.....	P.55
Handicap chez l'enfant.....	P.55
Autres définitions.....	P.56
Orientation de l'enfant handicapé.....	P.56
Chez le petit enfant avant 06 ans.....	P.57
Avant 06 ans.....	P.57
Après 06 ans.....	P.57

Chapitre 04: apport de la psychomotricité dans la prise en charge des handicapés

.....	P.59
La psychomotricité.....	P.59
Les origines théoriques du concept : Piaget et Wallon.....	P.59
Le développement psychomoteur de l'enfant.....	P.60
Syndromes et types psychomoteurs selon Wallon.....	P.62
Expérience du corps et thérapie psychomotrice.....	P.63
Champs de la psychomotricité.....	P.64

Chapitre 05 : rééducation et psychomotricité : l'apport des précurseurs

.....	P.65
Méthode Ramain et éducation psychomotrice.....	P.68
Principes directeurs.....	P.68
Pédagogie.....	P.69
Jean Dublineau par Suzanne Masson.....	P.71
Bases conditionnelles de la rééducation psychomotrice par le D. Dublineau	P.76
Conditionnement psychomoteur et rééducation psychomotrice.....	P.76
Applications pratiques.....	P.77
Modalités techniques par J. et M.A Dublineau.....	P.80
Chapitre 6 : la rééducation des handicapés moteurs.....	P.81
Rééducation des handicapés physiques.....	P.82
Rééducation fonctionnelle.....	P.82
Massage et Kinésithérapie.....	P.83
Agents physiques et chimiques.....	P.84
Ergothérapie et activités contrôlées.....	P.85
Moyens divers.....	P.87
Rééducation orthoptique.....	P.87
La rééducation professionnelle.....	P.88

Rééducation et aide thérapeutique.....	P.89
La kinésithérapie.....	P.90
Types de techniques en Kinésithérapie.....	P.91
La méthode d'Herbert.....	P.91
La méthode Klabb.....	P.92
Les techniques de relaxation.....	P.92
La Kiné balnéothérapie.....	P.93
L'ergothérapie.....	P.93
Le massage.....	P.93
Application de la Kinésithérapie.....	P.93
Chapitre 7 : aspects psychologiques dans la rééducation fonctionnelle....	P.94
Chapitre 8 : l'approche psychologique du handicap moteur.....	P.98
Handicap moteur, aspects psychologies.....	P.102
La personne handicapée : un sujet.....	P.102
De la naissance psychologique à la constitution du sujet.....	P.102
Altération dans le processus d'identification primaire.....	P.102
Altération dans la constitution du lien social.....	P.104
Le corps : le corps persécuteur.....	P.104
Construction du Moi corporel.....	P.105
Un premier sentiment d'enveloppe.....	P.105
L'articulation des deux moitiés du corps autour de l'axe vertébral.....	P.106
L'intégration des membres inférieurs.....	P.107
Les autres articulations.....	P.107
La question de l'espace.....	P.107
Place de la rééducation.....	P.108
La question du sens.....	P.109
La personne accidentée : le traumatisme et le deuil.....	P.109
Les troubles du développement cognitif.....	P.110
Les troubles d'apprentissage par difficultés de représentation de soi.....	P.111
Les troubles d'apprentissage par difficulté d'appropriation.....	P.112
Vivre avec une maladie évolutive.....	P.113
Etre parent d'un enfant handicapé.....	P.114
Les difficultés de la relation parents/enfants.....	P.115
La fraterie de l'enfant handicapé.....	P.118
Les professionnels.....	P.119
Chapitre 9 : approche psychoclinique des handicapés moteurs.....	P.121
Recueil de l'information.....	P.122
La symptomatologie.....	P.123
Connaissance de la maladie.....	P.124
Capacités de faire des projets d'avenir.....	P.124
Intrication du vécu affectif et de la maladie.....	P.124
Le niveau de réussite scolaire de l'enfant.....	P.124
Le niveau scolaire actuel selon les enseignants.....	P.125

L'examen psychomoteur.....	P.125
L'examen concernant le quotient intellectuel.....	P.125
Les relations parentales.....	P.126
Bilan somatique.....	P.126

Chapitre 10 : étude clinique du changement affectif chez l'enfant handicapé moteur.....

Comment peut-on vivre avec de tels enfants ?.....	P.129
Comment pouvons-nous les comprendre ?.....	P.129
Comment peut-o, interpréter leurs comportements ?.....	P.131
Comment peut-on rentrer en relation avec eux ?.....	P.131

Chapitre 11 : évaluation desgnosies sensorielles relatives chez le I.M.C : l'échelle de Tardieu.....

Les troublesgnosiques.....	P.133
Lesgnosies nouvelles.....	P.133
Gnosie du sens de position.....	P.134
Lesgnosies faciales.....	P.135
Lesgnosies linguales.....	P.135
Lesgnosies auditives.....	P.136
Les troubles sensorielles.....	P.136
Les troubles du langage.....	P.137
Les troubles épileptiformes.....	P.137
Les déficits intellectuels globaux.....	P.138
Approche pratique :	P.139
Préambule.....	P.139
A- Les enfants hémiplésiques.....	P.139
L'approche rééducative des hémiplésiques.....	P.139
Choix de la méthode rééducative.....	P.140
Organisation de la sensibilité.....	P.140
Disposition anatomique des voies de sensibilité.....	P.143
Le système Lemniscal.....	P.144
Le système extra Lemniscal "sinon thalamique".....	P.144
Organisation physiologique :.....	P.145
Voie Lemniscalle.....	P.145
La voie extra Lemniscalle.....	P.145
Les perturbations sensitives chez les hémiplésiques.....	P.146
Introduction.....	P.146
Constat général sur les troubles sensitifs chez les hémiplésiques.....	P.147
Dans les lésions thalamiques.....	P.148
Dans les lésions du cortex cérébral.....	P.148
Sémiologie de la sensibilité : les troubles sensitifs subjectifs.....	P.148
La douleur.....	P.150

Les paresthésies.....	P.150
Les cénesthopathies et psychalgies.....	P.150
Examen des modalités élémentaires de la sensibilité.....	P.150
Examen des capacités de discrimination sensitive.....	P.151
La sensibilité vibratoire paleothésique.....	P.151
Examen des aspects élaborés de la perception sensitive.....	P.152
La stéréognosie.....	P.152
La graphesthésie.....	P.152
Service de rééducation fonctionnelle et mode de prise en charge actuelle des hémiplésiques.....	P.153
Constatations cliniques.....	P.154
Bilans Kinésithérapiques	P.155
Bilan orthopédique.....	P.155
Bilan trophique.....	P.155
Bilan musculaire.....	P.155
Bilan fonctionnel.....	P.155
Bilan psychologique.....	P.155
Bilan sensitif.....	P.156
Conclusion du bilan Kinésithérapique.....	P.157
Facteurs à effet sur la récupération sensitive et motrice.....	P.158
Effet du milieu.....	P.158
Effet de motivation.....	P.158
Effet de surapprentissage.....	P.159
Effet de masse.....	P.159
L'état d'éveil de l'hémiplésique.....	P.159
La nature de la lésion.....	P.159
L'approche rééducative.....	P.160
La prévention.....	P.160
Rééducation de la sensibilité tactile	P.160
Rééducation de l'astéréognosie.....	P.160
Présentation des résultats.....	P.163
Analyse des résultats.....	P.175
B- Les enfants infirmes moteurs cérébraux.....	P.180
L'étude institutionnelle.....	P.180
Présentation de l'institution.....	P.180
La mission du centre.....	P.180
La capacité d'accueil.....	P.180
Les types de troubles répertoriés au niveau de centre.....	P.180
L'équipe de prise en charge psycho.médico pédagogique.....	P.181
L'échantillon de recherche et ses caractéristiques.....	P.181
Les caractéristiques de l'échantillon.....	P.181
La méthode d'étude.....	P.182
Origines.....	P.182

Les fondateurs.....	P.183
Les outils de recherche.....	P.186
Les exercices sensoriels selon l'échelle de Tardieu.....	P.186
Le test du Bonhomme de F. Goodenough.....	P.187
L'échelle de Maturité Mentale de Columbia.....	P.188
L'enfant Infirmes Moteur Cérébral au niveau du Centre psychopédagogique Daksi II- Constantine.....	P.191
La relation psychologue et infirmes moteurs cérébraux au sein du Centre Psychopédagogique Daksi II.....	P.191
Les niveaux d'intervention de la psychologue au Centre Psychopédagogique Daksi II.....	P.191
Quelques comportements et réactions des Infirmes Moteurs Cérébraux au sein du Centre.....	P.193
L'étude des cas.....	P.194
Analyse générale des 05 cas.....	P.218
Conclusion.....	P.222
Propositions et recommandations.....	P. 225
Les annexes.....	P.227
Bibliographie.....	P.246

INTRODUCTION

Nous souhaitons que cette recherche doctorale puisse être utilisée par toutes les personnes rencontrées, les jeunes ayant un handicap moteur, les familles, les personnels des établissements spécialisés ainsi que les responsables du secteur sanitaire et social. Comme nous nous y sommes engagés, s'agissant de l'application d'outils d'évaluation des situations vécues par les jeunes handicapés moteurs (hémiplégiques et infirmes moteurs cérébraux), nous avons essayé de restituer au plus près leur contenu et leur style pour permettre au lecteur d'avoir à sa disposition ces matériaux bruts et souvent intimes.

A partir des informations recueillies, des propositions concrètes concernant l'amélioration des modes de prises en charge de la jeune personne handicapée et la participation des personnes impliquées sont présentées à la fin de cette étude. Nous espérons qu'elles trouveront à se réaliser prochainement.

I. Origine de l'étude :

Cette étude est à l'initiative du laboratoire pratique psychologique et éducative, Université Mentouri Constantine, au travers de ses activités de recherche que nous menons pour répondre à un besoin de la santé en Algérie. C'est un souci permanent de répondre par les projets de recherche aux attentes des personnes par des propositions à leurs préoccupations. L'objectif principal, dans son volet concernant les enfants est « amener le jeune handicapé à l'état social d'adulte avec son potentiel de ressources préservé voire amélioré ».

Cette recherche est inscrite dans le contenu d'un programme de formation pour lequel nous nous sommes investis depuis les années 1980 dont l'objectif se décline au travers de 03 axes stratégiques :

- valoriser la participation des jeunes praticiens en psychologie en faveur de la promotion de la santé sur leurs lieux de vie ;
- améliorer la qualité de l'accompagnement des jeunes en souffrance notamment les jeunes handicapés ;
- aider les intervenants dans leurs programmes de prise en charge.

Nous aurons l'occasion de montrer en quoi l'étude a pu répondre dans le cadre de référence formulé par le laboratoire.

En second point, les études sur le handicap relevant d'un des domaines principaux d'activité du Département de Psychologie de Constantine, tant en ce qui concerne les domaines de la formation universitaire en psychologie clinique, les modes de prise en charge que l'étude de l'organisation interne des établissements spécialisés offrant leurs services à une population spécifique, il était donc naturel que celui-ci propose ses compétences.

En troisième point, nous avons souhaité valoriser une approche plurielle du handicap moteur (médecine, psychologie et pédagogie) permettant de porter l'attention sur la dimension complexe du handicap.

C'est la conjonction positive de ces trois réalités qui a permis la réalisation de ce travail.

Nous avons souhaité que cette étude croisée des préoccupations de la santé chez les jeunes ayant un handicap moteur, les familles et les personnels d'établissement spécialisé puisse produire des connaissances utilisables sous forme d'outil :

- pour mieux faire apparaître les différentes spécificités de la déficience motrice
- pour permettre aux équipes de distinguer et comparer les contenus de la prise en charge
- pour associer plus directement les familles à l'éducation de leur enfant.

2- Motivations de recherche :

Nous avons opté pour le présent objet de recherche sur les enfants handicapés moteurs, de types, d'histoires et de vécus différents pour plusieurs raisons : d'une part cette catégorie de personnes se trouve, dans sa majorité, marginalisée socialement ; d'autre part, il existe une sensibilité à l'appel de secours lancé par les enfants eux-mêmes et leurs parents, dirigé surtout vers les autorités symbolisées par les institutions de santé et de prise en charge étatique et sollicitant l'attention des chercheurs universitaires. Cette demande est à la fois une sollicitation à caractère économique, social et thérapeutique.

La nature de la demande prend une dimension humaine qui se focalise dans le soutien matériel et moral espéré et attendu par cette catégorie de la population et elle est, aussi, une expression d'un besoin profond de désir de vie, d'action et tout simplement d'être et d'agir comme tout être humain. C'est aussi, cette perception de soi différente des autres rendant tout projet individuel difficile à réaliser et dans lequel la notion de handicap prend une dimension alarmante et la renforce.

L'intérêt est de porter l'attention, à côté de l'intervention des autres spécialités, médecine, éducation et pédagogie, sur l'approche psychologique fondée sur l'étude des profils de personnalité, qui offre d'autres champs

d'investigation visant une meilleure prise en charge des enfants handicapés. L'analyse des possibilités individuelles et collectives qui s'orientent vers les moyens et capacités à offrir à l'enfant des voies raisonnables, à s'accepter tel qu'il est et à être acteur dans le social, à travers un projet d'avenir que lui-même essaiera de définir les contours.

3-Les objectifs de la recherche :

Les objectifs du présent travail s'articulent autour des prérogatives suivantes :

- Cerner les éléments de l'action psychologique et l'approche opérationnelle du psychologue clinicien dans le domaine du handicap moteur.
- Evaluer, d'une part, l'intervention psychologique et proposer, d'autre part, à la lumière des nouvelles applications psychologiques une méthode d'approche et de prise en charge.

Comme nous avons aussi fixé d'autres objectifs pour l'évaluation de l'approche rééducative se résumant dans ce qui suit :

- 1- objectif général : arriver à une meilleure prise en charge des hémiplegiques à travers le choix d'une méthode rééducative appropriée.
- 2- Objectif intermédiaire 1 : considérer les agnosies relatives aux troubles moteurs de l'hémiplegie et les réduquer en premier.
- 3- Objectif intermédiaire 2 : intégrer le membre sain dans le processus de rééducation pour assurer l'équilibre fonctionnel de l'hémiplegique.
- 4- Objectif intermédiaire 3 : tenir compte de l'acte pédagogique spécifique à la rééducation de l'hémiplegique.

4-La problématique:

Tenter de comprendre les troubles sensori-moteurs n'est pas un travail aisé. L'histoire de la pathologie liée aux aspects de l'organisation sensorielle et motrice du corps est un témoin sûr. En réalité, les troubles moteurs (handicaps moteurs) ont fait l'objet de plusieurs études remontant à plus loin dans l'histoire de l'approche médicale et psychosociologique. Tardieu (1), médecin neurologue a permis, à travers ses différents protocoles de thérapie et de rééducation des membres paralysés du corps (Infirmité Motrice Cérébrale,

1- TARDIEU, *L'enfant infirme moteur cérébral*, in Vie et Bonté, n° 110 de mai 1960, p.25-28.

- Le dossier clinique de l'infirmité motrice cérébrale. Méthodes d'évaluation et applications thérapeutiques, In *Revue de Neurologie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance*, Paris, 1968, 16, n° 1-2, p. 6-90

hémiplégies, paraplégies, tétraplégies, entre autres), de démontrer la complexité du problème notamment sur le plan clinique que sur celui de l'approche globale de l'unité corporelle. Cependant cette difficulté provient, croyons-nous, du phénomène pathologique lui-même (handicap moteur), est-il isolé de toute la panoplie de l'organisation dynamique du corps ? Ou s'agit-il d'une atteinte isolée et par conséquent le traitement et la rééducation offrent un maximum de garanties de réussite au recouvrement de la mobilité du membre atteint ?

Ce dernier présente une activité nerveuse complexe, sujette à des états physiologiques ou psychiques s'exprimant au moyen de signes (gestes, mouvements, réactions, émotions) matérialisant ainsi à l'intérieur ou à l'extérieur de la personne des états psychologiques ou psychoaffectifs par l'utilisation adéquate des fonctions sensorielles ou motrices, de prime abord non spécialisées à cet effet. Alors, se pose le problème de l'adaptation ou de l'inadaptation du handicap aux exigences de la vie courante, et ce n'est que par un long et pénible apprentissage que les organes du corps s'adapteront à servir la personne.

Donc, l'union des fonctions des organes sensoriels aux organes moteurs va servir à expliquer d'une part, la difficile approche diagnostique et d'autre part à indiquer les plans de clivage que va présenter cette organisation complexe et acquise. Le handicap moteur se trouve aussi être à double polarité, puisqu'il est tantôt et même à la fois – ou réception, appréhension vers le moi, ou expression, extériorisation vers autrui. Il est patent donc, que se trouve toujours, soit au départ, soit à l'arrivée des messages, une activité psychique, ce qui témoigne de l'union intime du corps (par ses organes moteurs) avec la pensée et l'affectivité et reflète ainsi la personnalité, du moins certains des aspects de celle-ci.

Le handicap moteur occupe une place spécifique dans la pathologie médicale, et en tant que déficience motrice, il offre un type de désorganisation de l'activité sensori-motrice, et de ce fait, l'étude des incapacités physiques liées à ce trouble et ses répercussions sur l'unité bio psychosociologique demeure un objectif que nous voyons s'inscrire dans notre travail.

Déjà, en tant qu'enseignant dans le domaine du handicap en général et handicap sensori-moteur en particulier, il nous est professionnellement très important de tenter une étude dans ce sens. D'autres part, nous avons eu l'occasion de participer à des rencontres scientifiques concernant la rééducation et la thérapie des handicapés moteurs où notre détermination à approfondir davantage nos connaissances constitue une motivation supplémentaire à mener ce projet à terme.

Nous avons envisagé dans l'exposé de l'approche des techniques utilisables en psycho-rééducation, un plan proche de l'examen psychomoteur mais plus simple et centré beaucoup plus sur la perception sensorielle, qui dans le langage médical est nommée gnosie. La raison est de permettre au praticien

(rééducateur, thérapeute, psychomotricien, entre autres) une approche qui se fixe comme objectif la détermination du palier prioritaire à considérer dans la rééducation du membre moteur handicapé.

Dans toute approche rééducative, l'appareil moteur est constitué d'un ensemble d'éléments en intégrations harmonieuses et ayant pour fonction la conception unitaire du mouvement dans le système de la vie de relation et permet de mieux comprendre, non seulement la physiologie et la physiopathologie clinique, mais détermine, aussi, les bases thérapeutiques dans le domaine de la réadaptation, c'est-à-dire permettre au mieux le mouvement utilitaire.

L'unité corporelle dynamique est un ensemble anatomo-physiologique périphérique, qui conditionne la fonction articulaire, mais lorsque la relation harmonieuse de ses composants est perturbée ou une de ses structures est lésée, la disjonction ou la perte de la fonction apparaît en donnant de nouveaux aspects physiopathologiques nécessitant une prise en charge et une réadaptation adéquate. Celle-ci n'est possible que par la prise en compte de l'unité dynamique comme préalable du mouvement utilitaire d'une part, et du patient comme unité psychologique et sociale d'autre part. L'efficacité de l'appareil locomoteur dépend de la physiologie des unités dynamiques qui le composent ainsi de leur coordination entre elles et du monde extérieur.

Dans le cas de lésion, le rendement des unités dynamiques dépend des fonctions restantes de celles-ci. L'altération d'une seule unité entraîne la réaction des autres, c'est-à-dire que tout est solidaire et interdépendant en physiologie comme physiopathologie. Et, comme la capacité de régénération des tissus dépend de leur différenciation et de leur origine, indépendamment de leurs caractéristiques spécifiques, il ne peut y avoir une restriction et une intégration anatomo-physiologique dans de nombreux cas (hémiplegie, entre autres). Donc, il est indispensable de lutter pour obtenir, au moins, une fonction suffisante pour permettre une vie de relation indépendante (autonomie des mouvements), d'où l'intérêt de prendre conscience d'un niveau de réadaptation avec les possibilités qui existent et qui permettent la stimulation de la croissance de l'arbre de la rééducation fonctionnelle, tel qu'il est utilisé actuellement et pour ce faire, il est impératif de tenir en compte des critères suivants :

- la médecine avec ses possibilités techniques de plus en plus grandes à améliorer la présentation et l'abord thérapeutique.

- la physiothérapie comme usage combiné et coordonné des mesures médicales, sociales et professionnelles pour entraîner et ré-entraîner l'individu à son plus haut niveau de capacité fonctionnelle.

- la psychologie comme technique d'aide complémentaire et parfois déterminante à mettre les atouts de réussite au profit de la personne handicapée.

A partir de là, nous pouvons dire que la réadaptation n'est pas un processus passif d'aider, mais un processus actif d'instruire, selon des règles conventionnelles précises considérant le handicapé comme une totalité et non

comme une somme de systèmes. Pour ce faire, des mesures doivent être prises au niveau de l'environnement du patient et de la société en générale.

Cette dimension de l'approche rééducative doit-être l'œuvre des praticiens, dans le but d'arriver à un niveau de vigilance supérieure qui offre plus de possibilités à une rééducation précoce du déficient moteur et de l'homme global. Pour ce faire, il est indispensable de prendre en considération un ensemble de variables qui nous permettent de cerner le problème pathologique chez le handicapé moteur d'une façon globale afin de pouvoir instaurer un schéma thérapeutique qui influe favorablement sur l'état du patient et qui vise, à priori, les problèmes majeurs dont il souffre, et en choisissant la méthode thérapeutique la plus adéquate et la technique la plus performante.

Les malades atteints de déficits moteurs ou sensoriels font l'objet depuis longtemps de rééducations spécifiques qui se perfectionnent de jour en jour, sont indispensables et les aident à considérablement. Ce n'est qu'à partir des années 70 qu'a été faite l'expérience d'ajouter une thérapie psychomotrice à ces patients. Les travaux ont débuté il y a une quarante d'années, voire un peu plus. Certes, les sujets handicapés peuvent du fait de leur déficit organique avoir quelques troubles psychomoteurs associés sur lesquels on peut valablement agir, mais l'intervention du psychoréducateur a des objectifs plus globaux. La rééducation psychomotrice aide le sujet à trouver son unité psychique et corporelle souvent compromise par les divers handicaps dont il souffre. Elle tend à lui donner confiance en lui et joie de vivre, connaissance de son corps et de ses possibilités. Grâce à l'entraînement des capacités restées intactes les patients peuvent devenir de véritables sportifs, donc entrer dans le monde des bien-portants. Il n'est que de voir les extraordinaires performances réalisées par certains d'entre eux. De telles réussites ne peuvent qu'aider à s'adapter, à trouver une réelle autonomie, à choisir un métier qui permettra de vivre indépendant.

Parfois, au déficit spécifique s'associent d'autres troubles intellectuels ou de la personnalité qui le compliquent et sur lesquels le psychomotricien peut agir favorablement.

L'étude psychologique des enfants handicapés moteurs stimule chez le chercheur plusieurs interrogations aussi bien sur le plan de l'approche méthodologique que celui de la définition du concept de handicap en tant que terme linguistique, épistémologique et psychologique et à juste raison chez l'enfant.

Aussi qu'en tant que concept générique à portée culturelle et sociologique.

La notion du corps n'est pas à exclure de l'élaboration d'une représentation globale du signifiant dans ses limites cognitives qui tient compte aussi bien du schéma d'organisation, dans lequel est dynamisé le concept, et le signifié qui en découle. C'est un premier obstacle dans lequel peut se confondre celui qui veut

savoir, qui observe l'objet de l'extérieur (output) et celui qui le vit de l'intérieur (input). Existe – t – il une limite ? Une zone bivalente, à la fois intégrant des éléments sociologiques environnants, structurants et constituants du schéma corporel et désintégrant les schèmes d'assimilation comme fondement du vécu du corps propre.

Deux aspects s'articulent pour déterminer une représentation qualitative du corps. L'aspect culturel lié à la notion du corps, un corps social défini dans ses prérogatives familiales, éducationnelles et rituelles et à partir duquel se greffent le normal et le pathologique et un aspect organique décliné à partir de l'image correcte du corps, sans déformation, complet dans ses éléments et identifié en tant que tel. Dans notre culture, l'attention est plus portée sur le corps féminin. La complexité de l'approche du concept de handicap se situe précisément à ce niveau. Est – t – elle, un fait de culture ? Si la réponse est affirmative, quelle est sa part évaluative et normative ? Nous restons attentifs à toute explication émanant de tous les horizons, scientifiques, sociologiques et culturels.

Une approche pluridisciplinaire du concept de handicap peut apparaître convenable, mais peut aussi se cantonner dans une spéculation philosophique, dans laquelle chaque spécialiste tente d'avancer des arguments et imposer un point de vue. Il y a risque, à partir du moment où chacun croit détenir la vérité plus que les autres. Le canevas le plus simple est d'agir en fonction de facteurs concrets, significatifs et actuels. Un handicap est diagnostiqué, reconnu et pris en charge pour lui-même. Le spécialiste agit à partir de la demande, définit les niveaux de son intervention. Il sollicite, dans la limite de ses qualifications, l'avis des autres et élargit la sphère de consultations à la famille et autres. L'intervention du professionnel est à inscrire dans sa capacité à juger le cas présent, à rassembler le maximum d'informations et à projeter les lignes directrices de son action au profit du concerné. Encore, faut-il se soustraire de préjugés entravant l'analyse et la pédagogie de traitement du cas. Dure est l'enfermement dans la subjectivité quand il s'agit de la gestion d'une problématique à l'échelle des valeurs psychologiques individuelle obéissant à une logique spécifique réversible, pulsionnelle et quelquefois instinctive.

D'un côté, il s'agit de sortir de l'engrenage d'un savoir personnel, de dépasser par la communication certains indicateurs nécessaires au développement de la méthode de travail et de l'autre, de temps à autre, avoir le courage de prendre du recul vis-à-vis de l'action entreprise. Le champ d'exploration du handicap constitue un engrenage dans lequel se mêlent à la fois le personnel, le social, l'économique et le culturel. Une auto évaluation est souhaitable dans le maniement du psychologique lié au handicap. Sans cela, le travail psychologique est inefficace car il y a absence de maîtrise de facteurs psychiques renforçant les solutions aux situations complexes vécues par les différentes personnes notamment les jeunes handicapés moteurs. La problématique focale se positionne au niveau de la gestion 'technique' et

humaine du cas. L'input est – il bien maîtrisé ? Comment et à travers quels outils ? Les dispositifs de prise en charge sont – ils bien adaptés et acceptés ? Existe – t- il, une 'fonction apostolique' dans la relation du thérapeute et du handicapé ?

Il en découle, à partir de ce seuil, une série de questions problèmes auxquelles des réponses doivent être données :

- 1- Comment l'enfant, arrive- t- il à accepter son handicap et adapter sa psychologie à la situation actuelle ?
- 2- Qu'offre l'aide psychologique comme méthode de prise en charge à l'enfant pour qu'il ne sombre pas dans des niveaux de dépression fatale suite au traumatisme du corps (handicap moteur)?
- 3- A travers quel canevas pouvons-nous évaluer l'action psychologique ?
- 4- Existe – t – il, dans la prise en charge des jeunes handicapés moteurs, des méthodes éprouvées et adaptées au type du handicap ?

Le sujet concernant les enfants hémiplésiques mérite d'être élucidé à travers la problématique qu'il soulève et qui consiste à tenir compte des prises en charge actuelles de ce type d'enfants physiquement diminués. Faut-il rééduquer le côté sain au détriment du côté atteint ? Ou procéder à une rééducation du côté atteint, en négligeant totalement le côté sain ? Ou faut-il, alors, rééduquer les deux côtés (atteint et sain) d'une façon simultanée ?

Il s'agit, à notre avis tenir compte des précisions suivantes :

- les agnosies relatives à l'hémiplégie nécessitent une étude minutieuse des techniques les plus performantes qui permettent, dans un premier temps, de corriger la perception de la fonction motrice "LA RECONNAISSANCE" et dans un deuxième temps, fixeront les critères de rééducation du côté atteint.
- L'aspect pédagogique nous paraît aussi important, parce qu'il permet, à notre sens, l'amélioration de l'assimilation de la fonction motrice elle-même et prépare l'apprentissage qui favorise la réinsertion et l'adaptation sociale.

5- Les postulats hypothétiques :

La recherche dans les sciences humaines porte sur les préoccupations individuelles et collectives, d'un côté le chercheur opte pour un objectif déterminé et lui fixe un canevas d'études, à paliers de vérification et d'analyse. De l'autre côté, il procède par croisement de données pertinentes pour déduire les significations intéressantes et projeter des perspectives de solutions. Le travail scientifique et méthodologique dans le domaine de la psychologie individuelle (étude clinique usant d'outils de recherche telles que : l'étude de cas, la psychométrie, l'analyse de discours, etc.), a besoin dès le départ d'une

idée directrice que l'étude expérimentale appelle l'hypothèse, formulée à partir de certains faits précédant l'analyse et déduite d'une problématique significative. Un esprit de pragmatisme méthodologique visant à rassembler un groupe de facteurs pertinents à l'étude et rendant la démarche scientifique possible dans une logique d'objectivité.

Pour le présent travail, les postulats initiateurs ou de départ est notre contact permanent avec le domaine scientifique du handicap, en tant qu'enseignant et chercheur. En plus de plusieurs manifestations à intérêt scientifique, telle que la participation à plusieurs rencontres nationales et internationales regroupant les différents spécialistes de la santé, de la protection sociale et de l'éducation nationale autour de la problématique du handicap en Algérie. Notre contact avec le terrain est aussi un facteur de sensibilisation et de motivation qui a rendu possible notre investissement. L'enjeu était de porter l'attention, des professionnels, sur l'intérêt de la portée psychologique dans tout protocole de prise en charge incluant l'être humain est plus spécialement le jeune handicapé moteur. En même temps, faire une campagne de sensibilisation auprès des autres spécialistes sur l'importance du psychologue dans leur entreprise professionnelle, comme pôle de contribution incontournable. Sa place dans l'équipe pluridisciplinaire, la gestion des aspects et facteurs psychologiques et la communion dans l'effort du groupe dans le suivi et la thérapie.

Notre implication a pris deux sens dans la procédure de travail que nous avons tenté de développer. Notre statut par rapport au sujet - objet de notre recherche. La part de notre responsabilité scientifique, d'une part, et notre souci d'objectivité, d'autre part. Il fallait trouver la manière de séparer ce qui est à nous, la part de notre subjectivité des faits observés et ce qui appartient au terrain.

L'hypothèse générale : la prise en charge des enfants infirmes moteurs cérébraux ne peut être efficace qu'à la condition que la psychologue se fixe des objectifs en fonction de niveaux d'intervention opérationnelle.

L'hypothèse opérationnelle 01 : le rôle du psychologue dans la prise en charge du handicap (enfants infirmes moteurs cérébraux) est lié à l'organisation de son travail psychologique selon des niveaux d'intervention concrets :

- le niveau sensori-moteur
- l'étude du Moi
- l'évaluation de l'intelligence.

L'hypothèse opérationnelle 02 :

Pour la vérification de la procédure de rééducation, l'hypothèse suivante mérite d'être posée :

L'avenir fonctionnel de l'hémiplégique dépend de l'élimination des troubles sensoriels au niveau de la statique et de la préhension (Main).

II- Présentation générale de l'étude :

Nous allons maintenant définir le domaine particulier de cette étude et préciser les notions. Les informations que nous avons voulu recueillir relèvent du croisement de trois domaines : la déficience motrice, le handicap et la rééducation.

1- Les définitions : déficience motrice, handicap, santé.

Rappel des définitions institutionnelles.

Autant chez les jeunes, les professionnels des établissements spécialisés et les familles, il est un fait que, dans la conversation courante, on utilise souvent l'expression "*handicap*", "*jeune handicapé*" comme terme générique et lorsqu'on demande à une personne "*quel est votre handicap ?*", elle répond généralement en décrivant d'abord sa déficience. Ce que l'on veut souligner ici, c'est qu'il existe un usage concret, quotidien et personnel des notions de handicap, santé, maladie, déficience, parallèle à celui des textes officiels régissant le statut de la personne et le fonctionnement des établissements et services spécialisés.

La signification accordée à la notion même de handicap est loin de faire l'objet d'un consensus officiel comme nous le montrent les nombreux commentaires relatifs aux modifications apportées à la Classification Internationale des Handicaps (CIH), devenue CIH 2 (titre provisoire). Au moment où nous avons commencé cette étude (1990), l'ancienne classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) était encore en usage dans les établissements et les administrations sanitaires et sociales (DAS, CMPP, Ecoles spécialisées) et c'est donc à elle que nous faisons référence.

Cette classification repose sur une triple définition du handicap, au travers de notions associées :

"Déficience → Incapacité → Désavantage: handicap".

Elle est présentée et commentée ainsi dans le **Dictionnaire Permanent Action Sociale** (octobre 2000) (1):

" (...) *la classification internationale distingue trois niveaux qui, schématiquement, permettent de passer d'une vision "biologique" à une vision "sociale" du handicap :*

1- Dictionnaire Permanent Action Sociale (Feuillet 29. 13 octobre 2000). p 1206

Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. p135. Publications CTNERHIINSERM décembre 5 1988.

-la **déficience**, premier de ces niveaux, désigne les atteintes de l'organisme "*toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique*", par exemple une amputation ;

-l'**incapacité**, deuxième de ces niveaux, porte sur la réduction de certaines grandes fonctions du corps, dans des conditions standardisées, "*toute réduction, résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain*", par exemple marcher sans aide, se nourrir, se vêtir ;

-le **désavantage**, troisième de ces niveaux enregistre le retentissement propre global de l'incapacité sur la vie sociale de l'individu dans son environnement ; "*il résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal, en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels*", par exemple le confinement au domicile, l'inaptitude professionnelle (...) (1).

Comme le souligne bien la présentation de ce texte, (...) "*Cette classification montre le caractère subjectif du désavantage par rapport à celui plus objectif de la déficience et de l'incapacité. (...)*

Elle a une utilité pratique pour la définition des actions adaptées à chacun des niveaux qu'elle définit : prévention, soins, rééducation, appareillage, réadaptation, aménagement du logement, de l'environnement, accessibilité. Elle a surtout le mérite de montrer que le handicap (au sens général) n'est jamais définitif. Même lorsque la déficience est irréversible, la situation de l'intéressé peut être améliorée par une réduction de l'incapacité ou du désavantage. (...)"

Cette triple définition du handicap est reprise par la législation française au travers d'un **arrêté du Ministère des Affaires sociales du 4 mars 1988**, dite "**Nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages**". Sa fonction est de (...) "*répondre aux besoins de tous ceux qui observent et analysent la situation des personnes handicapées, les équipements et les services qui leur sont offerts, les aides qu'ils perçoivent. Elle doit permettre de répartir en grandes catégories les populations handicapées, notamment celles qui fréquentent ou sont susceptibles de fréquenter les établissements spéciaux, ou celles qui bénéficient de prestations ou d'allocations.*"(...).

Cette nomenclature, qui est donc un ensemble de définitions, s'accompagnera ensuite d'un guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (2) dont la fonction est de permettre concrètement la

1- Dictionnaire Permanent Action Sociale (Feuillet 29. 13 octobre 2000). p 1206

2- Circulaire N° 93-36 B du 23 novembre 1993 d'application du décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, relative au guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées in Dictionnaire Permanent Action Sociale Feuillet 19 p 1467 (15 septembre 1997).

mise en place de mesures de prise en charge de la personne handicapée. Le texte de présentation de ce guide-barème insiste sur la nécessité de porter attention aux incapacités et ne pas s'en tenir strictement à l'évaluation de la déficience :

" (...) *Il n'a pas été recherché une stricte application de cette classification qui conduirait à appliquer un taux à chaque lésion, mais la prise en compte des difficultés que cette déficience engendre dans la vie quotidienne ou professionnelle. (...) L'incapacité, par opposition à la déficience porte sur des activités composées et intégrées : il s'agit de la personne dans son ensemble, dans la mise en œuvre d'une tâche, d'une compétence ou d'un comportement. (...).*"

A la faveur de ces textes, on voit que le domaine général de l'étude qui nous occupe ici, le "handicap moteur", fait l'objet d'une série de définitions précises et différenciées portant sur la déficience motrice, les incapacités et les désavantages qui en découlent. Pour illustrer cette série de définitions, et parce qu'il nous paraît montrer avec clarté la complexité de ce que recouvre le domaine du handicap moteur, nous proposons un document interne fourni par un des établissements spécialisés, **l'Institut d'Education Motrice (IEM) d'Eysines (1)** :

Comment se définit la déficience motrice ?

Pour réaliser un mouvement, on a besoin :

- du cerveau*
- de la moelle*
- du système nerveux périphérique*
- des muscles et du squelette.*

Toute lésion d'un de ces éléments engendre une difficulté dans la réalisation de ce geste. Cette altération de la fonction motrice va retentir sur le développement psychomoteur, neuropsychologique de l'enfant et venir perturber la vie quotidienne, familiale, scolaire, professionnelle et sociale.

A chaque niveau de lésion correspond un ensemble de maladies, que l'origine soit anténatale, périnatale ou postnatale.

La topographie des troubles moteurs dépend de la localisation de l'atteinte et leur gravité, de l'ampleur de la lésion et de la diversité des troubles associés qu'elle engendre.

Ces déficiences motrices peuvent toucher :

- la tête*
- le tronc*
- les membres supérieurs*

1-BO Affaires sociales, fascicule spécial N° 88/13bis.

-les membres inférieurs

et peuvent s'accompagner de troubles des fonctions :

- de mastication*
- de déglutition*
- gastro-intestinales*
- cardio-respiratoires*
- urinaires et sexuelles*
- avoir un retentissement esthétique en touchant la peau.*

Elles peuvent s'associer à :

- une déficience sensitive*
 - auditive*
 - visuelles comme l'oculomotricité*
 - à un trouble du langage et/ou de la parole, à un trouble de communication*
 - à des déficiences intellectuelles touchant :*
 - la mémoire*
 - la pensée et entraînant une lenteur d'idéation*
 - les praxies, les gnosies entraînant des troubles des apprentissages*
 - à des modifications de l'état de veille et de la conscience comme en donnent les crises d'épilepsie*
 - enfin peuvent s'associer à des troubles psychoaffectifs, des troubles psychiques.*
- (...)*

Ces déficiences liées à la motricité entraînent des incapacités, lesquelles sont différenciées en :

Incapacité concernant le comportement :

- conscience de soi*
- orientation dans le temps et dans l'espace*
- acquisition de connaissance (attention-concentration)*
- relations*

Incapacité concernant la communication :

- compréhension du langage*
- parole*
- vision*
- communication écrite*
- communication non verbale*

Incapacité concernant les soins corporels :

- trouble des fonctions naturelles*
- hygiène*
- habillement*

-nutrition

Incapacité concernant la locomotion :

-marche

-changer de position

Incapacité concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches :

-activités domestiques

-fonctionnement du membre supérieur." (1)

En résumé de ce texte, nous venons de voir que le domaine du "handicap moteur" se circonscrit au moyen d'une triple définition :

- la description de l'ensemble des différentes formes de déficiences motrices, selon leur origine et leur nature

- les conséquences de ces déficiences en terme d'incapacité, "*perturbation, par excès ou défaut, dans l'accomplissement d'une activité ou d'un comportement*".

(2)

- les conséquences de ces incapacités, en terme de désavantage, "*préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.*"(3)

Autrement dit, l'ensemble de ces définitions qui constitue le handicap revient à prendre en compte ce qui relève de la relation qu'une personne entretient avec un corps dont certaines fonctions sont déficientes, à l'intérieur d'un contexte social. Ce statut de personne handicapée reconnue entraîne de la part des organismes responsables (DAS, CMPP) diverses formes de prises en charge, sur la base d'une évaluation d'un taux d'incapacités. Toutefois, à cette définition du handicap, il nous semble qu'il manque deux dimensions :

- la dimension subjective, au travers de laquelle ces notions (déficience, incapacité, désavantage) prennent une signification à l'intérieur de l'histoire d'une personne, ce sens étant pour partie le résultat des perceptions et des évaluations vécues et des projections dans l'avenir.

1- "La "maladie" et ses "causes"", Andras Zemleni, in Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, revue L'ethnographie, numéro spécial, N° 96-97 (1985-2 et 3). Novembre 8 1967.

2-Circulaire N° 93-36 B du 23 novembre 1993 d'application du décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, relative au guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées in Dictionnaire Permanent Action Sociale Feuillet 19 p 1467 (15 septembre 1997).

3- Ibid., Circulaire N° 93-36 B du 23 novembre 1993, p.1767

- la dimension culturelle, qui permet de comprendre ce que recouvre la notion de handicap à l'intérieur d'une société majoritairement composée de valides.

A noter que pour définir la maladie, l'anthropologie américaine se sert de trois notions qui nous paraissent intéressantes à utiliser :

disease, "altération de l'organisme"

illness, " la perception subjective de cette altération"

sickness, " la réalité socioculturelle de la maladie"(1)

C'est lorsqu'on s'attache plus particulièrement à faire jouer entre elles ces trois définitions, *disease*, *illness*, *sickness*, que l'on peut en saisir

l'utilité et faire apparaître de nombreux cas de figures, au travers de la combinaison de ces éléments.

On voit qu'en ce qui concerne ce que nous appellerons une *situation de handicap*, l'accent peut être porté sur le corps et ses usages, sur l'attitude de la personne vis-à-vis de son état, et sur la société, au travers des relations avec les proches. Cette présentation du handicap en restitue la complexité en montrant l'interaction de ces trois aspects, le biologique (le corps), le psychologique (la personne) et le social (l'environnement).

2- La notion de handicap :

Dans l'histoire de la société française, cette notion est récente et le terme lui-même n'apparaît officiellement qu'à la fin des années cinquante du vingtième siècle, dans le texte de la Loi du 23 novembre 1957 relatif aux travailleurs handicapés et dans le "Rapport Bloch-Lainé, **"Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées (rapport présenté au Premier Ministre) "**.

Pour autant, comme s'attache à le montrer dans ses nombreux travaux Henri-Jacques Stiker (2), la notion de handicap "reprend" celle plus ancienne d'infirmité en lui associant l'idée de compensation et de réparation. Initialement basée sur le procédé consistant à alourdir un cheval de course pour lui donner rang égal avec un autre plus faible, l'image de la course avec handicap évoque autant une situation négative (être freiné, diminué, empêché) qu'une volonté égalitariste (donner à chacun toutes les chances) mais exercée dans le contexte d'une concurrence (la course).

Selon cet historien, la construction sociale de cette catégorie, le handicap, semble obéir à de grands mouvements sociaux.

1- Andras Zempleni, "La "maladie" et ses "causes"", in Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, revue L'ethnographie, numéro spécial, N° 96-97 (1985-2 et 3). Novembre 8 1967.

2- Henri-Jacques Stiker, Monique Vial, Catherine Barral. ALTER : "Handicap, handicapé" in Handicap et inadaptation. Fragments pour une histoire : notions et acteurs. Fondation de France, 1996

* L'arrivée, à la fin du dix-neuvième siècle, d'un grand nombre de travailleurs rendus infirmes ouvre le débat autour de la responsabilité et la réparation des dommages. Précédée par la loi instaurant l'Inspection du Travail, la loi du 9 avril 1898 en France établit la notion de risque professionnel et pose une des premières bases du système de la future Sécurité Sociale.

* Au sortir de la première guerre mondiale, la présence d'environ un million d'invalides réactualise les questions de compensation et de reclassement.

* S'y joignent les très nombreux tuberculeux dont la maladie même et ses conséquences invalidantes obligent à prendre en compte la dimension sociale d'un phénomène sanitaire.

* Enfin, l'action de l'entreprise éducative au travers de l'école obligatoire entraîne avec elle la question de la place des jeunes infirmes, le statut de l'éducation spécialisée et la création d'établissement qui lui sont dédiés.

Cependant, selon cet historien, la définition même du handicap reste composite.

La loi de 1957 décrit les caractéristiques du travailleur handicapé, "*toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales*". **Le rapport Bloch-Lainé** (1) de 1967 élargit plus encore le champ de cette catégorie en indiquant que "*sont inadaptées à la société dont ils font partie, les enfants, les adolescents et les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés à être et à agir comme les autres... On dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent, par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale ; celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société*"(2) . De son côté, la **Loi du 30 juin 1975** porte l'accent sur la prise en charge en terme d'éducation, insertion professionnelle et intégration, "*la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale.*"(3) sans pour autant définir précisément le terme, sinon par un "cercle sans fin" dans lequel sont reconnues comme handicapées les personnes atteintes d'un handicap.

1- F. Bloch-Lainé, "Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées", la Documentation Française, 1967.

2- Cité dans "Contribution à l'analyse du concept de "handicap", Philippe PITAUD, Les Cahiers du CTNERHI. Handicaps et inadaptations. N° 38.1987.

3- "Loi N° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées" in Dictionnaire Permanent Action, Sociale Feuillet 28 (30 septembre 2000) p 14249

3- l'historique du handicap en Algérie :

Dans l'histoire de la société algérienne, l'approche de la notion du handicap, s'est effectuée à partir d'une politique de l'action sociale se résumant dans la prévention, l'animation du groupe, l'aide à la réinsertion, etc.

Ce sont là des interventions pratiques décrites dans le langage habituel de la vie professionnelle. Et, de telles expressions renvoient à des conceptions précises de l'intervention sociale, qui se réfèrent, elles - mêmes à des représentations de la société.

L'histoire ou l'évolution d'une politique sociale ou d'une action sociale constitue le cheminement de la représentation à travers différentes étapes de développement de la structure sociale.

Et, si les premières formes d'intervention dans le domaine social se limitaient, dans le passé, à des actions d'entraide, de charité et de bienfaisance, c'est devenu une préoccupation de l'état moderne dans un souci d'ordre public et d'équilibre social, après la révolution industrielle.

Caractéristique d'une société moderne, l'action sociale en Algérie traduit la transition et l'éclatement des structures sociales traditionnelles où les mécanismes de socialisation, de régulation voire de prise en charge sont assurés par la famille élargie.

Durant les premières années de l'indépendance l'Algérie devait affronter les conséquences des années de guerre ; un bilan lourd sur tous les plans. Et, au niveau de la population nous pouvons constater les faits suivants :

- 300000 habitants ayant connu le maquis vont pouvoir rejoindre les villes dont la majorité est d'origine rurale.
- 3000000 de personnes regroupées dans des regroupements de la colonisation (camps).
- Entre 250000 et 300000 personnes qui étaient réfugiées en Tunisie et au Maroc doivent rejoindre le pays.
- Plus de 1000000 de personnes ont été victimes de la guerre... beaucoup de blessées...etc.

Tout ce que nous pouvons dire sur cette période, période de recomposition de la population, que tout était en mouvement dans une étape caractérisée par l'attentisme, c'est l'existence de plusieurs catégories de personnes ne nécessitant

pas uniquement une aide matérielle ou une prise en charge partielle ou scolaire, mais plutôt un projet global de développement.

Et, en matière de «politique sociale», elle est réduite à la prise en charge des catégories nécessiteuses liées directement à la guerre de libération, nous pouvons citer les établissements de prise en charge des enfants de «chouhada»(1) et l'aide financière aux veuves et blessés de la guerre.

Par ailleurs, une bonne partie de la population bénéficiait de l'aide alimentaire, de médicaments et de soins.

Et comme les préoccupations de l'époque s'orientaient vers le développement global pour l'ensemble de la population, en plus de la stabilité politique ; les autres catégories particulières (handicap et sauvegarde) profitaient de la même attention que l'ensemble de la population.

Cependant quelques établissements, qui existaient avant l'indépendance (C S R, hospices, etc..) prenaient en charge des enfants et des personnes âgées avec un minimum de moyens. Et, seuls les aveugles avaient bénéficié d'une attention de la part des autorités avec la loi N° 63 - 200 du 08 juin 1963 et le décret N° 63 - 437 du 08 novembre 1963 relatifs à la protection sociale des aveugles.

Avec les mutations institutionnelles qui ont engendré une vaste politique d'industrialisation et de développement, une véritable politique sociale commence à se dessiner à travers :

- la médecine gratuite
- la démocratisation de l'enseignement
- la construction d'établissements de prise en charge
- la protection de la famille et de l'enfance.

Cette période a été caractérisée par une intervention de l'état :

A / La charte nationale 1975 :

C'est dans le contenu de la charte nationale qu'une conception cohérente de la politique sociale a vu le jour où il est dit dans le chapitre VI et VII :

« ... l'intervention de l'état en faveur des handicapés physiques ou mentaux vise en particulier leur réhabilitation et leur réinsertion sociale, grâce à un enseignement et à une formation adaptée à leurs besoins spécifiques. Cette intervention doit s'attacher au cas des enfants, de façon à les préparer dès leur jeune âge aux tâches qui leur sont accessibles.

Par ailleurs, la législation devra prévoir dans la réglementation relative à la main d'œuvre des dispositions particulières en faveur des handicapés pour ce qui concerne les emplois qui leur sont adaptables. Des centres de formation professionnelle appropriés devront être créés pour l'usage spécifique des handicapés.

Cette option de la charte nationale s'inscrit dans le cadre d'une politique sociale de développement à savoir :

1-Chouhada : les morts pour la patrie

- L'égalité de tous les citoyens.
- Le droit de tous les citoyens à une formation (scolarité), emploi, logement, etc.

B / Le code de la santé (1976) :

Pour mieux concrétiser l'esprit de la médecine gratuite, le code de la santé donne une importance particulière, en plus de la famille et de l'enfance, aux personnes handicapées où il stipule :

« ...tout enfant atteint d'un trouble de comportement, d'une infirmité motrice ou sensorielle ou d'une déficience mentale a droit à sa réhabilitation et à sa réinsertion sociale».

Et, pour atteindre ces objectifs ce code a précisé :

1. La création de centres médico – pédagogiques, et des centres d'enseignement spécialisé pour la prise en charge.
2. Création des ateliers protégés exclusivement réservés aux handicapés.
3. Obligation des entreprises à réserver des postes de travail aux handicapés.
4. Prévoir une aide des collectivités locales aux personnes handicapées et aux personnes âgées.

Ensuite, une série d'actions a été menée afin de concrétiser les objectifs arrêtés dans les différents textes cités précédemment, mais les plus importants sont :

- Promulgation d'un décret en mars 1980, pour la création au niveau de chaque ' Wilaya' (circonscription préfectorale) d'un ou plusieurs centres pour chaque type de handicap.
- L'organisation d'un séminaire national en 1981 portant sur l'intégration des personnes handicapées.
- Création d'un conseil consultatif auprès du ministère de la santé pour la protection des personnes handicapées.
- Rapatriement des handicapés de l'étranger entre 1982 et 1984.

D'après le journal EL-Moudjahid du mardi 5 décembre 2006. Il y aurait 1,750 million d'handicapés en Algérie selon le ministre de l'Emploi et de la Solidarité nationale, M. Djamel Ould Abbès.

En marge des travaux de la conférence arabe sur le handicap, M. Ould Abbas a expliqué que ces statistiques concernent les handicapés moteurs, les sourds muets, les attardés mentaux ainsi que les malades chroniques.

Evoquant les efforts déployés par l'Etat en vue de prendre en charge cette catégorie de la société en Algérie, le ministre a mis en exergue certaines stratégies et autres programmes spéciaux initiés dans cette perspective, avant de préciser que quelque 18.000 handicapés bénéficient de programmes de prise en

charge spécialisée au niveau de 258 centres spécialisés relevant de son département.

"8.000 autres handicapés sont pris en charge au niveau de 119 centres spécialisés financés par l'Etat et gérés par des associations" en Algérie, a-t-il ajouté. D'autre part, le ministre a souligné que "8 sur les 15 décrets exécutifs de la loi portant promotion et protection des droits des personnes handicapées adoptée le 8 mai 2002, ont été appliqués".

Ces décrets, dont l'application a accusé des retards ces deux dernières années, visent à offrir des facilités aux personnes handicapées en vue d'améliorer leur quotidien, a indiqué le ministre avant de rappeler que la priorité est accordée à cette catégorie, en ce qui concerne le bénéfice des microcrédits, afin de favoriser leur insertion au double plan professionnel et social.

Pour les personnes handicapées la loi offre une protection, y compris la gratuité des soins médicaux, aux personnes handicapées, et en particulier aux enfants ; toutefois, la discrimination contre ces personnes était omniprésente dans la société. La loi interdit de discriminer contre les personnes handicapées en matière d'emploi, d'éducation, d'accès aux soins de santé ou de prestation d'autres services publics. Aucun bâtiment du gouvernement n'était accessible aux personnes handicapées. Les entreprises publiques, en réduisant leurs effectifs, ont généralement ignoré une loi de 2002 qui stipule que 1 % des postes doivent être réservés à des personnes handicapées. La sécurité sociale rembourse le prix des appareils orthopédiques, et quelques ONG (Organisme Non Gouvernemental) spécialisés dans l'offre de soins médicaux ont reçu un soutien financier limité de la part du gouvernement. Le ministère de la Solidarité nationale a fourni des aides financières aux ONG ; toutefois, pour bon nombre d'organisations, ces aides ne représentaient qu'une part infime de leurs budgets – environ 2 %. Selon le ministère de la Solidarité nationale, il y avait 1,5 million de personnes handicapées dans le pays, mais selon la Fédération des associations des handicapés moteurs (FAHM), ce chiffre était de trois millions.

Selon des statistiques malheureusement officieuses, sur une population de personnes handicapées moteur évaluées à près de 3 millions recensée en Algérie, on compterait entre vingt-cinq et trente mille sujets souffrant d'infirmité motrice cérébrale, communément connus sous les initiales d'IMC. A titre comparatif, en France, selon les plus récentes statistiques, on compterait une dizaine de milliers d'enfants IMC. Le caractère tabou de la maladie, est une des raisons, lâche le père d'un enfant souffrant d'infirmité motrice cérébrale, qui font que les autorités sanitaires et les associations parentales d'aide aux enfants IMC éprouvent toutes les difficultés du monde pour établir les statistiques les plus

proches possibles de la réalité. «Par ignorance souvent, il est des parents qui, jusqu'au jour d'aujourd'hui, cachent leur enfant atteint d'IMC, sans avoir éprouvé un jour la curiosité de savoir de quel mal et comment cet enfant se retrouve dans cet état...» Un constat qui en dit long sur le terrible destin de cette frange de la société qui, il n'y a pas encore longtemps, on ne savait même pas dans quelle catégorie de handicapés classer. «Cachez-moi cet enfant que je ne saurai voir» est comme un leitmotiv chez beaucoup de parents d'IMC, selon notre interlocuteur qui, dit-il, lui également n'a pas échappé au conseil de sa vieille mère qui lui recommandait de ne pas montrer son héritier. Alors, dans bien des cas, raconte-t-il, s'aventurer chez des parents auxquels vous confiez que vous êtes en train de préparer une petite enquête sur les enfants IMC, relève de la pire offense, une atteinte à l'honneur de la famille. «Dieu lui a écrit de naître et de vivre ainsi» paraît-il... Et, il ne faut pas croire que cela n'est valable que chez nous en Algérie. Dramatique, révoltant. Les mots ne sont pas assez forts pour ces parents qui, depuis de longues années, souffrent le martyre pour trouver quelque autorité à l'âme charitable qui daigne au moins consentir l'effort de comprendre ce à quoi sont confrontés des milliers d'enfants et leurs familles. Des efforts ont été consentis c'est vrai, mais beaucoup reste à faire ou à parfaire. Des coups de main sont parfois donnés aux associations des parents d'IMC, notamment depuis que celles-ci ont, après un rude combat, réussi à se constituer en fédération. Ainsi, comme c'est le cas par exemple dans les wilayas de Sétif et Batna, le combat des parents a été matérialisé par l'ouverture de centres de jour où sont pris en charge les enfants IMC par un personnel maîtrisant son sujet. Mais, cela reste malheureusement insuffisant.

4-L'IMC, c'est quoi au juste ?

Selon le docteur Véronique Leroy- Malherbe, médecin attaché au service de neuropédiatrie et de rééducation fonctionnelle infantile de Kremlin- Bicêtre, l'infirmité motrice cérébrale (IMC) résulte de lésions cérébrales précoces, non héréditaires, stabilisées (non évolutives), responsables de déficiences motrices exclusives ou prédominantes. Le handicap moteur séquellaire associé à des degrés variables des troubles de la posture et du mouvement. Des troubles spécifiques des fonctions supérieures peuvent s'y associer. Autrement dit, l'infirmité motrice cérébrale (IMC) est liée à une lésion du cerveau survenue dans la période anténatale ou périnatale. Elle constitue un trouble moteur non progressif secondaire à un défaut ou une lésion sur un cerveau en maturation. L'atteinte cérébrale, cependant, préserve suffisamment les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation. Cette définition exclut donc les enfants ayant un retard mental associé au trouble moteur d'origine cérébrale, que l'on regroupe sous le terme d'IMOC (infirmité motrice d'origine

cérébrale) et les enfants polyhandicapés.

4.1- Comment se manifeste la maladie ?

La lésion cérébrale est responsable essentiellement d'une atteinte motrice, mais d'autres fonctions cérébrales peuvent aussi être impliquées. Les signes révélateurs, souvent signalés par les parents, peuvent être repérés à un âge variable suivant la gravité de l'atteinte. Une écoute attentive des parents et la surveillance rapprochée des enfants à risque doivent conduire à un diagnostic précoce. Les premiers signes faisant suspecter l'IMC sont des difficultés dans le développement de la motricité : un enfant qui ne tient pas sa tête, qui ne peut ramper en s'aidant des membres inférieurs, qui tarde à se tenir assis seul, qui n'utilise qu'une seule main. Un peu plus tard dans le développement, ce seront des signes évoquant un contrôle moteur anormal : des membres inférieurs raides, une main toujours fermée, une tenue du tronc asymétrique. Par contre, ces enfants témoignent d'une intelligence normale : ils ont une compréhension des situations et manifestent un intérêt pour des jeux de leur âge. Chez les enfants nés prématurément et ayant un risque de constituer une IMC, donc surveillés pour cela, l'échographie transfontanellaire (la fontanelle : petit espace entre les os du crâne présent chez le nouveau-né) répétée dans les premières semaines de vie constitue le meilleur prédicateur de séquelles liées aux lésions cérébrales. Une fois constituées, ces lésions peuvent être visibles sur les examens tels le scanner mais surtout l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui permet de dater le moment de leur constitution. Les troubles dont souffrent les IMC sont aussi multiples que variés. Selon des spécialistes, parmi les troubles les plus fréquents sont :

- **L'hypotonie du dos** : les muscles du dos n'assurent pas leur rôle de maintien. L'enfant s'affaisse sur lui-même. Par conséquent, la posture assise et encore moins la marche sont alors impossibles.

- **L'hypertonie des membres** : l'enfant ne parvient pas à contrôler correctement les muscles des membres. Lorsque l'enfant veut réaliser un mouvement, tous les muscles se contractent simultanément. Par exemple, lorsque l'enfant veut attraper quelque objet avec sa main, ce sont tous les muscles de son bras qui vont agir simultanément. Or, certains muscles sont plus puissants que d'autres. Alors, le bras reste à demi tendu et l'amplitude des mouvements des mains s'en trouve considérablement limitée.

- **Spasticité** : on désigne par ce terme les raideurs constantes qui interviennent sur certains muscles tels le biceps, les bras ou les doigts. Ces raideurs ont tendance à limiter les mouvements et provoquent à long terme des déformations plus profondes en particulier lors du développement de l'enfant : les muscles se

durcissent et se raccourcissent, le squelette se déforme.

- **L'athétose** : ce sont des contractions involontaires qui viennent parasiter le mouvement. Ces contractions peuvent être renforcées par des émotions ou par un stress. Par exemple, un bruit peut déclencher une contraction brutale de tous les muscles des membres. L'enfant est alors jambes et pieds tendus et les bras repliés vers le haut.

- **La déglutition** : parfois très mal contrôlée. Les fausses routes sont fréquentes occasionnant ainsi des étouffements. En plus, les mouvements de la langue sont difficiles, ce qui perturbe l'élocution. La liste des troubles que peut subir l'enfant IMC n'est malheureusement pas exhaustive. Pour résumer, les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale présentent des handicaps moteurs très variés : altération de la posture et des mouvements, gestes involontaires, troubles de l'équilibre, souvent de la coordination de l'élocution et/ou de la déglutition.

4.2-- Prévention et prise en charge :

L'infirmité motrice cérébrale étant un handicap mal connu, comme le soulignait le docteur A. Sadaoui, de l'Association des parents d'IMC de Sétif lors d'un séminaire organisé il y a près de quatre ans, il était urgent de mettre au point un programme de sensibilisation à l'échelle nationale devant permettre de faire connaître l'IMC d'abord, généraliser les mesures préventives ensuite. Une véritable stratégie qui devrait aboutir à ce que soient permis le dépistage et la prise en charge les plus précoces possibles. Puis, convaincre les décideurs pour, entre autres, combler le vide juridique et permettre l'identification des besoins tels que les moyens humains, matériels et financiers à mettre en œuvre. La stratégie, sur le plan de la prévention, telle que préconisée lors du même séminaire par le docteur Z. Arrada du CHU Parnet, repose sur une population-cible constituée des femmes enceintes, les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants de moins de six ans susceptibles d'être exposés à l'une des causes d'IMC. L'objectif recherché est de promouvoir les mesures de prévention de chaque cause d'IMC identifiée. Et Dieu sait si les causes d'IMC peuvent être légion, de la période préconceptionnelle du sujet à son enfance en passant par les périodes gestationnelle, périnatale et postnatale. Dans ses recommandations, édictées lors du séminaire organisé à l'INFSP en novembre 2000, le Docteur Arrada mettait l'accent, pour ce qui concerne la prévention, sur l'information, l'éducation et la communication d'abord, le renforcement des programmes nationaux et l'organisation des structures sanitaires ensuite, puis la formation complémentaire en direction du personnel médical et paramédical. Vient ensuite, toujours dans le chapitre prévention, le volet législation et réglementation. Un volet qui dépend du bon vouloir des députés et des autorités en charge du secteur de la santé dans le pays.

5- Maladie et handicap moteur :

On vient de voir que la définition du handicap repose sur le lien établi entre une déficience entraînant une incapacité, laquelle se traduit par un désavantage, en soulignant ce que les concepteurs eux-mêmes de cette classification de l'OMS ont noté à plusieurs reprises :

- "les déficiences (sont) relatives à toute altération du corps ou de l'apparence physique, ainsi qu'à une anomalie organique ou fonctionnelle, qu'elle qu'en soit la cause ; en principe, les déficiences constituent des troubles manifestés au niveau de l'organe.

- les incapacités (reflètent) les conséquences de déficiences en termes d'activité fonctionnelle de l'individu ; les incapacités représentent donc des perturbations au niveau de la personne elle-même.

- les désavantages se rapportent aux préjudices résultant pour l'individu de sa déficience ou de son incapacité ; ils reflètent donc l'adaptation de l'individu et l'interaction entre lui et son milieu."

Concernant ce dernier point, les auteurs soulignent que (...) *"le désavantage social peut être perçu sous trois angles différents ; subjectivement, par l'intéressé lui-même, par les autres, c'est-à-dire les personnes qui ont une importance dans la vie du sujet ; enfin par la collectivité en général."*(1)

Ce que l'on souhaite mettre en évidence c'est le caractère hétérogène du handicap moteur, au regard de ses nombreuses causes et les liens avec la notion de maladie. Dans **"Introduction aux causes du handicap moteur"**(2), Michel Delcey fait état de deux classements possibles :

- "soit on situe les affections invalidantes selon leur mécanisme général de survenue, leur aspect le plus visible (par exemple survenue à la naissance, cause accidentelle, maladie, maladie évolutive, etc....)

- soit la distinction entre les affections se fait à un niveau plus médical, celui des déficiences, et l'on sépare les affections en fonction des conséquences pratiques qu'elles entraînent, à partir des structures touchées (cerveau, neuromusculaire, squelette etc....) ou plus finement encore, en fonction des altérations biologiques ou génétiques observées."

1- Introduction in Classification Internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Editions INSERM. CTNERHI. N° 165. 1988.

2- "Introduction aux causes de handicap moteur Classements et définitions" in Déficiences motrices et handicaps Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés. Association des Paralysés de France. 1996.

Le premier classement, selon le mécanisme général de survenue de la déficience motrice, se construit ainsi :

-Handicap congénital et acquis

-Handicap par malformation, maladie, accident ou vieillissement

-Handicap évolutif et non évolutif

Toutefois, l'auteur de cette présentation note que certaines affections, comme par exemple la myopathie de Duchenne ou l'ataxie de Friedreich (1), sont à la fois une maladie génétique et un handicap acquis, au sens où l'apparition des premières incapacités peut survenir bien après le diagnostic de la déficience. En outre, des affections, placées dans le cadre des maladies évolutives ("*par maladie évolutive, on désigne donc de fait des affections dont l'évolution est attendue et péjorative (aggravation ou au mieux stabilisation) dont le traitement est pour le moment symptomatique ou palliatif.*") (2) peuvent présenter des paliers relativement longs, qui dès lors, semblent replacer la personne dans un état "stable". A l'inverse, des affections neuromusculaires peuvent, par exemple, entraîner des insuffisances respiratoires qui elles-mêmes génèrent des infections pulmonaires et, d'une certaine façon, un état de maladie chronique.

Le second classement s'attache à définir l'origine de la déficience d'un point de vue lésionnel, en reprenant le schéma fonctionnel du mouvement qui, partant du cerveau commande à la moelle et aux nerfs, lesquels transmettent aux muscles qui agissent sur le squelette :

-Lésions médullaires

-Lésions neuromusculaires

-Lésion ostéo-articulaires

Ces procédés de définition à l'intérieur du handicap moteur nous intéressent directement, dans la mesure où la notion de santé (que nous allons définir à la suite) prend en compte les différents états d'incapacité sans pour autant se confondre totalement avec eux. Il existe chez les personnes une distinction entre leur état de handicap et l'état de maladie. Cette distinction, nous la qualifierons de personnelle et subjective. Autrement dit des personnes fortement handicapées peuvent se considérer en bonne santé.

Le second intérêt à propos des définitions concerne la question de l'*origine* du handicap. Cette origine peut jouer un rôle très important dans l'itinéraire de la jeune personne handicapée et sa famille, parce que les circonstances d'apparition et de reconnaissance de la déficience sont souvent très fortement chargées et qu'autour d'elles commencent à se construire et s'échanger des représentations

1- "Introduction aux causes de handicap moteur Classements et définitions" in Déficiences motrices et handicaps Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés. Association des Paralysés de France. 1996.

2- Ibid : "L'ataxie de Friedreich", p 172.

du handicap. Indiquons seulement à titre d'exemple la présence des questions de responsabilité, culpabilité, faute, transmission héréditaire, capacités de l'enfant, qui peuvent être des agents déterminants dans les choix éducatifs et les comportements. De fait, on constate qu'il existe une différence entre la description objective de l'origine et la nature de la déficience et son interprétation subjective, le sens qu'elle prend pour l'individu et son environnement.

6-Santé, maladie et handicap :

Il en va de cette notion de santé comme celle du handicap. Utilisée tous les jours, elle semble aller de soi et le recueil des métaphores qu'elle sollicite pourrait à lui seul faire l'objet d'une étude(1) mais, dès lors qu'il s'agit de la définir exactement, plusieurs dimensions s'y révèlent. La définition de la santé peut se diviser en deux grandes catégories. Une première qui serait le "simple" état d'absence de maladie et la seconde, plus dynamique, qui serait la capacité à résister et faire face à la maladie, en retrouvant un équilibre.

La définition de l'OMS, un "*état de bien-être complet, physique, psychique et social et pas seulement la simple absence de maladie ou d'infirmité*" semblerait donc exclure le fait de pouvoir vivre avec une infirmité tout en étant en bonne santé.

On conçoit donc que, dans la définition de la santé, la notion de bien-être est à la fois strictement personnelle et relative, selon les groupes et les cultures. Dans les ouvrages, "**Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale**", "**Sociologie de la maladie et de la médecine**", Concernant les représentations du corps, de son fonctionnement cf. "Une Fabuleuse machine : anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques", Christine Durif-Bruckert, Editions Métaillié, 1994. "Santé et maladie analyse d'une représentation sociale", Claudine Herzlich, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales" (1969) 1996

"**Le sens du mal Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie**", "**Maladie donner un sens**", ainsi que l'introduction à la **Classification Internationale des Handicaps**, les auteurs tentent de distinguer les différentes catégories qui composent la définition de la santé.

On aurait donc :

-une définition "strictement" médicale, décrivant la nature et les degrés d'altérations organiques du corps.

-l'interprétation de cet état et de ses conséquences par la personne elle-même

1- Concernant les représentations du corps, de son fonctionnement cf. "Une Fabuleuse machine : anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques", Christine Durif-Bruckert, Editions Métaillié, 1994.

-l'interprétation de cet état par l'environnement.

Par interprétation, on doit entendre le sens donné, la hiérarchie de valeurs attribuées à certaines (in)capacités mais également les mesures sociales prises pour faire face à la déficience et ses conséquences, comme par exemple le dispositif de prise en charge, l'enseignement spécialisé et les allocations diverses.

Dans les représentations de la santé recueillies et étudiées par Claudine Herzlich (1), (dont on cite d'abord un court extrait de la présentation générale), sont distinguées trois attitudes :

"Que signifient pour nous la santé et la maladie ? Que sont-elles pour un membre de notre société ? Par l'expérience personnelle de chacun, mais aussi au travers de l'information qui circule dans la société, modelés par ses valeurs, leur image se structure : être malade, être en bonne santé, c'est, semble-t-il, d'abord et seulement, une expérience individuelle qui ne se peut partager. Pourtant, nous savons que l'incommunicabilité est déjà un rapport aux autres ; on est malade ou bien portant pour soi, mais aussi pour la société et en fonction de la société. "

Les trois attitudes repérées sont :

-la "santé-vide" ..."*qui se réduit alors à un état de fait, sans implication psychologiques, et le concept à une pure négation de la maladie. La relation entre santé et maladie est asymétrique : la maladie est seule point de référence, expérience, événement. La santé, pôle négatif, ne se révèle et ne prend une importance que par l'irruption de la maladie qui la détruit.*"

-la santé "capital", le "fond de santé", apparaissant comme une caractéristique innée, constitutive à la personne, comme une sorte de réserve dans laquelle puiser en permanence des forces de résistance à la maladie.

-la santé équilibre est une conception supérieure, plus positive, la capacité d'un individu à vivre dans l'excès et le dépassement des normes. "*Contrairement à ce que le terme paraît indiquer, l'équilibre est possibilité d'excès, d'abus ; être en équilibre, c'est pouvoir user de son corps jusqu'à en abuser ; c'est, à la limite, pouvoir tout se permettre. Il correspond en fait à un déséquilibre entre les exigences et les contraintes du milieu, ressenties comme minimales, et les capacités de réactions de l'organisme qui apparaissent illimitées.*"

1- Santé et maladie analyse d'une représentation sociale", Claudine Herzlich, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales" (1969) 1996

Ce que note encore cet auteur, c'est l'existence d'états intermédiaires entre la santé et la maladie, comme par exemple la fatigue (dont on ne sait pas toujours dans quelle dimension de la personne elle se situe -organique ou psychologique), soit dans la fluctuation de l'appréciation vécue par le sujet.

Ainsi Sébastien, atteint d'une maladie évolutive dit :

Concernant l'évaluation de la santé -(le sens que l'on donne à une déficience existante), à une dimension personnelle s'ajoute une dimension sociale. A l'intérieur de cette dimension sociale, Claudine Herzlich fait ici référence à la question soulevée par le sociologue américain Talcott Parsons pour qui la maladie et ses conséquences sont considérées comme une déviance, une rupture plus ou moins durable et intense du lien social et en tant que tel devant faire l'objet d'une grande attention, en vue de reconduire l'individu momentanément indisponible à une nouvelle participation aux échanges de la collectivité.

Ce que l'on veut souligner ici c'est que la notion de santé repose sur la définition de trois dimensions : organique, personnelle, sociale. Dans son ouvrage, Alain Froment reprend les notions anglo-saxonnes déjà évoquées :

-**disease**, qui correspond à une altération reconnue de l'organisme

-**illness**, qui est l'expérience vécue de disease par la personne

-**sickness**, qui est la reconnaissance sociale et culturelle de disease et illness

Cette progression peut être comparée à celle proposée à l'intérieur de la CIH :

"La succession des évènements lors d'une maladie est présentée ci-dessous :

- . quelque chose d'anormal se produit au niveau de l'individu, soit à la naissance, soit plus tard (...)

- quelqu'un prend conscience de ce fait (...)

- la capacité d'action ou le comportement de l'individu peuvent être altérés lorsque celui-ci est conscient de sa maladie, que cela en soit une conséquence directe ou que cela soit dû au fait qu'il se sait malade. (...)

- la perception de son incapacité, ou de l'altération du comportement ou du fonctionnement qui en découle, entraîne un désavantage pour l'individu atteint par rapport aux autres, faisant de son expérience un problème social, que cela soit une conséquence directe, ou que cela soit du au fait qu'il se sait malade. (...) (1)

1-"Introduction aux causes de handicap moteur Classements et définitions" in Déficiences motrices et handicaps Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés. Association des Paralysés de France. 1996

5.10- Conclusion :

Nous venons de présenter les notions principales de cette étude : déficience, handicap, santé, maladie. Celles-ci ont à la fois un caractère objectif, définies par des textes et utilisées par des institutions, elles ont également un caractère subjectif, c'est-à-dire prenant un sens personnel en rapport à une expérience vécue. Nous posons comme à priori qu'il existe une circulation, un échange entre ces deux types de notions, et c'est ce que nous désignons sous le terme de représentations.

Comme le montre encore **Claudine Herzlich**, "*On doit noter d'abord le caractère complexe de la réalité psychologique que désigne le terme de représentation : concept et perception se fondent, images individuelles et normes sociales se rencontrent dans ce mode d'appréhension d'un objet ou de la réalité sociale. Dans le cas présent, par représentation sociale de la santé et de la maladie, nous entendrons l'élaboration psychologique complexe où s'intègrent, en une image signifiante, l'expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société. Son champ n'est pas moins vaste : elle porte tout à la fois sur des états (ceux de santé et de maladie) et leurs critères, sur des personnes (le malade et le bien portant), leurs comportements et leurs rôles.*" (1)

Dans le cadre de cette étude, nous avons souhaité effectuer un recueil croisé des vécus de la santé chez les jeunes personnes ayant un handicap moteur, à l'intérieur des personnels des établissements spécialisés les accueillant ou les prenant en charge.

1- Herzlich C. **Santé et maladie analyse d'une représentation sociale**, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales" (1969) 1996

APPROCHE THEORIQUE

CHAPITRE 01 : les handicapés

1-Définitions :

Le handicap et le handicapé, ces sont là deux termes qui restent ambigus, mal définis, ou, si les définitions paraissent claires, elles se révèlent souvent insuffisantes dans la pratique. En France, d'après la loi du 23 novembre 1957, est considéré comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ». D'après la classification internationale des handicapés, on nomme ainsi : « toute personne souffrant d'une déficience – aspect lésionnel - ou d'une incapacité – aspect fonctionnel - qui limite ou interdit toutes activités considérées comme normales par un être humain ».

Bien qu'imprécises et décevantes, ces définitions marquent une évolution certaine dans l'attitude de la société à l'égard de la personne handicapée. D'après les lois actuelles, elle doit pouvoir être aidée ou protégée, et aussi parvenir à un développement maximal de ses possibilités, avoir un travail convenable et digne d'elle, tenir une place entière dans la société. L'intégration sociale pose cependant des problèmes difficiles et suppose un réseau souple et solide d'institutions et d'établissements ouverts sur le monde extérieur et toujours en contact avec la réalité sociale.

Les classifications des divers handicaps distinguent habituellement les handicaps physiques, mentaux, sociaux ; mais les cas sont rarement simples, et le plus souvent les catégories se recoupent et les handicaps s'additionnent. Quant au nombre des handicapés, on peut penser que certains facteurs tendent à le faire croître.

De plus en plus nombreuses, les handicapées se réunissent en associations pour affirmer leur solidarité, défendre leurs droits, élargir leur audience. Si elles éprouvent le besoin de se regrouper, c'est parce dans leurs familles, leurs milieux professionnels, dans les collectivités locales où ils vivent et dans la société en général ils doivent réclamer la place qui leur est due, lutter contre la ségrégation, améliorer leurs conditions de vie et affirmer leur pleine humanité.

2- Les handicapés moteurs :

Les handicapés moteurs constituent une catégorie très hétérogène puisqu'on range les amputations, les atteintes neurologiques centrales et périphériques, les affections musculaires ou ostéo-articulaires. Ils touchent en France près de 2 500 000 personnes.

Diverses par leur origine, les déficiences motrices le sont également par les réactions qu'elles suscitent. A incapacité égale, le « paralysé » sentira planer autour de lui une certaine méfiance, alors que l'amputé ne se verra pas demander plus qu'il ne peut faire. Mais en contrepartie il provoquera, plus que le paralysé, un sentiment de gêne et de malaise à la mutilation et au symbolisme qui s'y rattache. Chez les mutilés de guerre, la gloire des champs de bataille ne suffit pas toujours à auréoler les cicatrices du grand invalide, qui peut rester un handicapé inquiétant, voire repoussant.

Le malaise vis-à-vis de certains handicaps moteurs naît aussi de la méconnaissance des accidents neurologiques qui en sont la cause. Le tableau de l'hémiplégique est relativement familier, surtout chez le vieillard hypertendu ; ou celui de la paraplégie, que la fréquence des accidents de la circulation (causant des sections de la moelle épinière) a rendu tragiquement quotidien. De même les séquelles de poliomyélite sont facilement identifiées. Mais le public ne connaît pas les manifestations cliniques des maladies dégénératives du système nerveux central (telles les dégénérescences spino-cérébelleuses) ou de l'infirmité motrice cérébrale (I.M.C). Les troubles de la motricité volontaire sont dus à une encéphalite de la petite enfance, à un accouchement difficile, à une incompatibilité sanguine. Les handicaps se traduisant par un déficit sont moins mal tolérés par l'entourage que ceux qui causent l'hypermobilité : un tremblement, un mouvement anormal, dans ce qu'ils ont d'inattendu, surprennent, inquiètent, souvent rebutent. Devant un être agité de mouvements anormaux, désordonnés, contorsionnant ses membres, bavant parfois, il est difficile de penser que son intelligence est conservée et qu'il est capable d'acquisitions. Cependant, « l'I.M.C. a, par définition, une intelligence normale » (**G. Tardieu**), et la débilité constatée chez certains n'est qu'un handicap surajouté qui n'a pas nécessairement la même origine que l'atteinte motrice. Il est important de discerner ce qui, dans un handicap donné, confère à celui-ci un potentiel d'évolution ; ce potentiel est positif dans les cas d'I.M.C., où l'enfant va faire des progrès ; il est moins positif, voire franchement négatif, dans les atteintes dégénératives. À cet égard, il n'y a pas que des atteintes neurologiques : dans les myopathies et les myasthénies, c'est le système musculaire qui est atteint ; ceux qui en sont affligés voient se réduire inexorablement le champ de leur motilité, on parle maintenant de mobilité réduite.

3- Autres définitions du handicap :

Il existe plusieurs définitions du handicap dont chacune comporte des aspects intéressants, en voici quelques-unes.

Ancien secrétaire d'état à l'action sociale et promoteur de loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées, LENOIR a écrit :

« Est handicapé toute personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou encore se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de sa collectivité » (1)

Cette définition met l'accent sur les handicaps d'origine sociale.

La deuxième définition proposée par le comité d'experts de la réadaptation médicale de l'organisation mondiale de la santé est plus technique :

« Un handicapé est un sujet dont l'intégration physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises » (2)

4- Catégories des handicaps :

On distingue classiquement trois catégories de handicaps, moteurs, sensoriels et mentaux.

La réalité n'est pas aussi simple pour plusieurs raisons :

1. D'abord parce que plusieurs maladies chroniques sont réellement handicapantes et doivent être prises en compte dans toute classification.
2. Ensuite parce qu'il existe des handicaps sociaux exclusifs ou prédominants, qu'il est d'autant plus important de ne pas oublier leur nombre croissant.
3. Parce qu'une catégorie longtemps oubliée s'impose de plus en plus à l'attention ; celle des poly - handicaps.

Enfin parce qu'il y a une catégorie d'enfants et d'adolescents qui sont en difficultés d'insertion scolaire et/ou sociale du fait de problèmes se rapportant au côté physiologique (retard de maturation dans la maîtrise du temps, de l'espace, dans les apprentissages élémentaires, etc.).

Ces enfants posent à des degrés divers, de délicats problèmes d'orientation, de réinsertion et de reclassement professionnel et social.

Sous cette catégorie ou classe ; entre autres ; les enfants présentant des troubles instrumentaux :

- a. Trouble du langage parlé (bégaiement) et écrit (dyslexie).
- b. Troubles psychomoteurs (objet de notre attention).

1- Lenoir R. (1974) : **les exclus, un français sur dix, la classification des handicaps**, Paris, Collections Points,

2- Lenoir R. (1974) : Ibid.

5- Tableau concernant les handicapés physiques et moteurs :

Ce présent tableau est un récapitulatif des handicaps physiques et moteurs tenant de l'origine de l'atteinte et des facteurs qui leur sont spécifiques

	Handicap	Incidences	Conséquences	Problèmes Médico-pédagogiques	Education Rééducation
Origine spinale Atteinte des flux nerveux	Poliomyélite : maladie virale. Paralyse, abolition des réflexes. Régression de la paralysie dans certains muscles des jambes. Concerne les enfants et les adolescents.	Du point de vue fonctionnel : plusieurs degrés de gravité : Pour les membres supérieurs : inhibition de l'activité motrice	Handicaps congénita - à la naissance les handicaps affectent les activités qui tendent à la constitution du monde, des objets et la genèse de l'intelligence.		Kinésie, psycho et thérapies, mais surtout la pratique à temps des vaccins (3 prises
	Traumatisme ou Malformation Sections partielles ou totales de la moelle épinière, perturbations vasculaires : tétraplégie, paraplégie, perte de la sensibilité profonde		- au cours de la croissance des problèmes affectifs au premier plan, frustration, mutilation du Moi, régression, agressivité, sentiment de rejet, dévalorisation des idéaux...	Les paralysies surviennent très tôt.	Difficile et pas toujours concluante
	Dégénérescence de la substance nerveuse dans la moelle Caractère progressif (sclérose en plaque, aspect tardif).				Les membres inférieurs sont touchés les premiers.

<p>Origine musculaire</p>	<p>Myopathie : maladie héréditaire et récessive. Atteinte de la racine des membres.</p>		<p>- handicaps évolutifs, aggravation de l'atteinte affective (les myopathes présentent les caractéristiques des schizoïdes).</p>	<p>S'aggrave de rétroactions et déformations. On ne sait pas guérir complètement ces maladies.</p>	<p>Ralentissement de l'évolution par certains traitements : scolarité prolongée</p>
----------------------------------	--	--	---	--	---

Origine articulaire osthéromicrobienne dystrophique congénitale	Malformations Absences congénitales de certains membres (pieds plats).			Limitation de l'activité de l'enfant. Handicap moteur	Kinésithérapie Appareillage orthopédique
	Trouble de la croissance osseuse Raréfaction osseuse.				
	Maladies microbiennes Affectent les os et les articulations (coxalgie de Boff, scoliose) Par amputations, brûlures, accidents...				Séjours dans des centres de rééducation et de traitements à caractère prolongé.

Origine cérébrale	<p>Infirmité motrice : Conséquences d'incidents prénataux ou pendant la naissance ayant une répercussion sur le cerveau. Les types fréquents :</p> <p>La spasticité : Hyper excitabilité musculaire (contractures, spasmes).</p> <p>Athétose : Mouvements involontaire que l'enfant ne peut inhiber donnant lieu à une dissymétrie : les gestes simples deviennent difficiles.</p> <p>Rigidité : Contracture permanente sans paralysie.</p> <p>Ataxie : Trouble de l'équilibre et de la coordination.</p> <p>Tremblements : Apparaissent à l'occasion d'actes volontaires (maladresses, instabilité).</p> <p>Troubles autres que moteurs : Sensoriels : strabisme Gnosiques : trouble de la reconnaissance des percepti- gnosie faciale, perturbation langage (appareil de phonation).</p>	<p>Chez les I M C on trouve des troubles associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles du langage - troubles sensoriels : perte d'acuité auditive, déficience visuelle. <p>Les I M C marchent, manipulent et coordonnent plus tard.</p>	<p>On note chez les I M C une forte distractibilité, une affectivité labile faisant d'eux des enfants sujets aux crises épileptiques.</p> <p>Ces retards peuvent -être assimilés à une débilité mentale.</p>	<p>L'enfant handicapé moteur doit répondre à deux obligations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'apprentissage scolaire - la rééducation physique et motrice <p>impossibilité de réconcilier ces deux actions et de répondre à leurs échéances respectives vu le problème que pose le choix entre la rééducation physique ou l'éducation scolaire.</p> <p>A l'école ordinaire : problème de rejet et d'inadaptation aux normes préétablies.</p> <p>Etablissements spécialisés et classes spéciales, formule transitoire.</p> <p>A la maison : problème de capacité financière et le plus grand risque est que les parents infirment leurs enfants.</p> <p>Autre aspect : la mise à l'écart et l'éviction scolaire.</p>	
-------------------	---	--	--	--	--

CHAPITRE 02 : déficiences motrices, brefs repères :

La déficience motrice est définie par l'O.M.S comme étant «la perte ou l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». La déficience se caractérise par une restriction plus ou moins importante de la motricité volontaire résultant d'une atteinte nerveuse, musculaire ou osseuse. Elle entraîne des incapacités, c'est-à-dire, selon l'O.M.S, des « réductions partielles ou totales de la capacité d'accomplir une activité » et peut entraîner « un désavantage social...qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal »(1).

1- L'infirmité motrice cérébrale :

Les IMC : aujourd'hui, selon le Professeur Ph. LACERT(1), n'ont pas changé de définition depuis l'époque maintenant lointaine où M. Tardieu* en les différenciant des arriérés avec troubles moteurs parmi lesquels ils étaient mélangés.

Il s'agit d'enfants porteurs de lésions encéphaliques installées entre la gestation, la naissance et la première année de la vie ; l'expression sémiologique prédominante doit être un trouble moteur et il n'existe pas chez ces enfants d'évolutivité lésionnelle ni de déficience intellectuelle ni de trouble premier de la personnalité ou du comportement.

L'infirmité motrice cérébrale entraîne des perturbations du tonus musculaire, de la régulation automatique des mouvements et de leur commande volontaire. Les atteintes qui en résultent sont diverses sur la plan topographique : localisation quadriplégique (quatre membres touchés), diplégique (deux membres), hémiplégique (atteinte d'une moitié du corps). J.- P. GAREL (2) distingue trois principaux types cliniques : le syndrome spastique, le syndrome athétosique et le syndrome ataxique.

1.1-Le syndrome spastique :

La spasticité se caractérise par la libération d'activités motrices réflexes normalement inhibées par le cortex pyramidal, lésé dans le cas de ce syndrome. Elle touche les muscles les plus sollicités, c'est-à-dire les muscles fléchisseurs au niveau des membres supérieurs et les extenseurs au

1- LACERT Ph., *Les Infirmes moteurs cérébraux*, in Revue « Réadaptation », ONISEP, n°408, Paris, p. 3

2- GAREL J.-P. (1996) : *Éducation physique et handicap moteur*, éd. NATHAN pédagogie, CNEFEI, Paris, p.13

niveau des membres inférieurs. Il en résulte un déséquilibre entre les muscles agonistes, qui ont tendance à se rétracter, c'est-à-dire devenir plus courts, et les muscles antagonistes, hypertoniques.

Ce déséquilibre réduit les possibilités de jeu musculaire. Les difficultés d'ajustement postural et de contraction-décontraction entraînent une plus ou moins grande lenteur gestuelle. Les raideurs sont accentuées par l'étirement passif, le froid et les émotions. On peut décrire trois types d'atteinte à prédominance spastique :

- **La quadriplégie spastique** : c'est une atteinte souvent grave des quatre membres.
- **Le syndrome de Little** : le désordre moteur prédomine au niveau des membres inférieurs, qui ont tendance à s'approcher (marche dite en (ciseaux) : les pieds sont en extension, les genoux et les hanches sont fléchis.
- **L'hémiplégie cérébrale infantile** : c'est un désordre moteur unilatéral. Le côté atteint est hypertonique. Le pied est en extension et le membre supérieur est en flexion.

1.2- Le syndrome athétosique : il résulte, comme le confirme Ph. LACERT (1), d'une atteinte des noyaux gris centraux. Il se caractérise par l'existence de mouvements involontaires, lents, arythmiques, irréguliers et de petite amplitude. La persistance de contractions musculaires chez l'individu éveillé malgré une consigne de repos bien comprise et bien exécutée est un des critères essentiels pour parler d'athétose stricto sensu. Cette athétose vraie, intitulée par G. Tardieu facteur B, est très sensible en intensité chez certains à l'environnement psychoaffectif.

A côté de cette impossibilité du respect d'une consigne de repos, l'athétose peut s'exprimer par une réactivité anormale à un stimulus visuel, auditif, tégumentaire intense et soudain. Cette réactivité pathologique a été isolée sous le terme de facteur E.

Sur un fond tonique perturbé (l'hypertonie qui accompagne les mouvements coexiste avec un tonus de repos souvent faible), le sujet athétosique a des difficultés à développer un geste intentionnel adapté (en raison d'une innervation réciproque défailante). L'amplitude en est exagérée ou bloquée par des contractions.

1.3- Le syndrome ataxique : beaucoup plus rare, il est dû à une lésion du cervelet. Il se caractérise par :

1- LACERT Ph. (1982) : **Athétose**, Encycl. Méd. Chir., Paris, Neurologie, 17010D10, 6-, P. 147

- des troubles de l'équilibre et de la marche.
- des troubles des mouvements élémentaires et complexes.

A cette diversité de catégories habituellement décrites, il faut ajouter celle des individus, qui ne se laissent pas réduire à ces typologies. Ainsi, les troubles neuromoteurs qui les affectent sont parfois intriqués : spasticité et athétose peuvent par exemple se conjuguer dans des rapports singuliers. De même, le terme désignant la topographie des atteintes peut occulter une réalité plus complexe : l'hémiplégie de l'enfant peut s'accompagner de troubles, plus légers, de l'autre hémicorps, et une diplégie n'affecte pas obligatoirement les deux membres inférieurs de façon égale.

1.4-Troubles associés éventuels :

- troubles perceptifs
- troubles de la sensibilité superficielle et profonde
Des troubles superficiels peuvent affecter le tact ou la sensibilité thermo-algésique et des troubles profonds peuvent altérer le sens de position des segments corporels dans l'espace.
- troubles visuels
Parmi les troubles spécifiques aux I.M.C, on note les amputations du champ visuel, chez les enfants hémiplégiques par exemple, et surtout des troubles de la motricité oculaire, fréquents chez l'enfant ancien prématuré. Ces troubles, qui constituent un aspect essentiel du tableau clinique appelé *dyspraxie*, ou *apraxie visuo-spaciale*, se traduisent notamment par une difficulté à fixer le regard et à effectuer une poursuite oculaire « lisse », c'est-à-dire dont l'amplitude et la vitesse sont bien réglées. Pour ces enfants, qui ont des difficultés à construire et à produire des modèles impliquant des relations spatiales, les informations verbales constituent une aide précieuse.
- troubles auditifs
Ce sont essentiellement des surdités moyennes, qui se rencontrent surtout chez les enfants athétosiques.
- troubles de la reconnaissance (agnosies)
On peut constater des difficultés de reconnaissance et d'identification : agnosie visuelle, diminution de la reconnaissance des sensations provenant de l'hémicorps lésé chez l'hémiplégique, etc.
- troubles praxiques
Le tableau clinique décrit sous le terme de dyspraxie comprend des troubles de l'organisation gestuelle. La maladresse se manifeste dans, des situations variées, y compris l'écriture (dysgraphie). Les difficultés qui affectent le regard peuvent

rendre l'imitation gestuelle difficile et handicaper l'enfant pour une explorer l'espace et attraper un mobile en déplacement (un ballon par exemple).

- comitativité
Elle atteint surtout les enfants hémiplésiques.
- troubles de la parole et du langage
Ce peuvent être des troubles périphériques (de l'articulation de la voix) ou centraux (dysphasies).
- les troubles cognitifs
Les enfants I.M.C sont susceptibles d'être atteints de troubles cognitifs spécifiques. En particulier, les anciens prématurés dyspraxiques présentent une dissociation significative du QI au bénéfice du QI verbal.

2-L'enfant I.M.C et son corps :

Garelli 1970 se proposait d'étudier la genèse de la représentation du corps chez l'enfant I.M.C, et plus particulièrement de son corps propre (tant en ce qui concerne les images statiques que les images dynamiques – visuo-kinétiques – nécessaires à l'action) dans sa liaison génétique avec l'image de soi. Peut-on à travers la genèse de la représentation du corps, saisir comment et dans quelle mesure l'enfant parvient à construire l'unité du corps ? De quelle manière la connaissance qu'il a de son corps est-elle tributaire de la dynamique relationnelle qui s'instaure entre lui et les autres ? Inversement, de quelle manière influence-t-elle cette relation ?

Formulée en ces termes, cette recherche est née de la rencontre de divers thèmes de réflexions qui, sous des aspects différents, nous ramenaient aux problèmes du corps et de la conscience de soi.

2.1-Considérations générales :

2.1.1- Espace environnant, schéma corporel et conscience de soi :

Un premier thème de réflexion nous a été fourni par une recherche antérieure, où la proposition concerne l'étude des rapports entre le développement de l'organisation perceptive et développement de l'intelligence. L'examen des enfants I.M.C., l'élaboration de leurs résultats, ont permis de constater non seulement des retards considérables par rapport aux enfants normaux de même âge, mais surtout la spécificité de leur démarche intellectuelle – celle-ci étant intimement liée à des difficultés particulières : difficultés à reconnaître des objets sur une image, à percevoir l'ensemble d'une situation à partir d'une représentation imagée, à structurer le matériel proposé. D'où la

question de savoir à quels déterminants rapporter les difficultés. Parmi les déterminants possibles se plaçaient les « troubles » de l'organisation du schéma corporel et ceux de la vie relationnelle. Car, comme le souligne Wallon, activité corporelle, mouvement et action entretiennent des rapports étroits dans la construction conjointe du schéma corporel, de l'espace et de la prise de conscience de soi. De même que schéma corporel, espace et conscience de soi, ne peuvent s'élaborer sans l'intervention de l'Autre, autrement dit de facteurs relationnels.

Comme l'écrit Wallon (1937) : « le passage (de l'activité psychomotrice à l'activité mentale) semble se produire à l'instant où la notion d'espace, cessant de confondre avec l'espace de nos mouvements et du corps propre, paraît se sublimer en des systèmes de lieux, de contacts, de positions et de relations indépendantes de nous. Les degrés de cette sublimation vont du plus concret au plus abstrait et sont à la base des différents schémas à l'aide desquels notre intelligence peut classer et distribuer les images concrètes ou les symboles abstraits sur lesquels elle devient capable de spéculer ». Ce texte pose nettement deux questions : celle de savoir comment se constitue, s'organise, se développe l'espace des mouvements et du corps propre, et celle de savoir comment, selon quelles modalités, la notion d'espace cesse de se confondre avec l'espace des mouvements et du corps propre.

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

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

Par ailleurs, en démontrant la liaison intime entre fonction posturale et émotion, Wallon confère au tonus un rôle supplémentaire à celui de préparateur et de guide de l'action : il devient l'agent de la communication avec autrui. Au sein de cette communication alternent l'assimilation à autrui et l'action sur autrui : la relation tonico-émotionnelle devient ainsi formatrice de la personnalité.

« Le passage capital pour l'avenir intellectuel de l'enfant, comme l'a été pour l'espèce, est celui qui le prend à sa fusion dans la situation ou de sa plasticité perceptivo-posturale, et qui l'amène au moment où il peut leur donner l'objet par le moyen de ses constellations perceptivo-motrices ou un équivalent fait

d'images, de symboles, de propositions, c'est-à-dire de parties articulées dans le temps et graduellement mieux décomposables dans leurs éléments individuels. Placé entre sa participation au modèle et la copie qu'elle finit par y opposer, l'imitation est bien faite pour montrer les formes et les conditions de ce dédoublement. Sans doute est-ce d'abord à l'égard d'autrui qu'il tend à s'opérer. C'est là que l'enfant, dominé dès ses premières impressions par ses rapports avec les personnes de son entourage, exerce ses premiers choix. Passée la période de l'imitation automatique ou spontanée son imitation ne s'adresse pas indistinctement à toutes, mais à celles qui, pour un motif quelconque, lui imposent le plus. A l'origine c'est un désir plus ou moins total de s'unir à elles par une sorte de participation effective...mais ce désir d'assimilation à autrui ne va pas habituellement sans envie, sans qu'il y ait seulement d'échec, soit qu'il y ait volonté de se faire préférer, soit enfin que l'imitation aille vers la substitution du moi au modèle connu vers son accomplissement total : la fusion d'abord imaginaire veut devenir réelle. Mais la fusion réelle entraîne l'opposition avec l'être réel qu'est ce modèle.

...C'est en se voulant semblable au modèle qu'il s'oppose à la personne et qu'il doit bien finir par se distinguer du modèle » (Wallon 1970). (1)

Les premières relations de l'enfant avec le monde sont donc d'abord des relations humaines. Les relations, d'ordre fusionnel au départ de la vie, s'expriment au travers des phénomènes moteurs qui permettent progressivement d'instaurer un dialogue. C'est dans la communication charnelle, le vécu corporel que le moi prend ses racines. C'est par le jeu réciproque des séductions et des agressions, des satisfactions et des frustrations, de l'imitation, que les images de soi et les images d'autrui se découvrent les unes aux autres, se précisent et s'affirment les unes par rapport aux autres, que s'acquiert l'autonomie. Si les interactions entre le corps propre et le corps de l'autre jouent un rôle central lors du processus qui se développe au cours de la première année, ce rôle s'estompe graduellement ensuite : le moi se dégage du corps et des relations corporelles, la personne se charge d'autres significations, d'autres valeurs.

Pour Wallon, « la psychomotricité reste donc le moyen premier et fondamental de l'expérience du corps, mais la connaissance qui en est issue, du sentiment au concept, résulte conjointement d'une assimilation affective et polysensorielle, la prise de conscience de son unité morphologique passe par le chemin de son individuation effective » (De Ajuriaguerra et Angelergues 1962). (2)

1-Wallon H. (1942 rééd. 1970) : **De l'acte à la pensée**, P.U.F.

2-DE AJURIAGUERRA J. & ANGELERGUES R. (janv.- mars 1962) : **« de la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui »**, in *Évolution psychiatrique*, t. XXVII, fasc. I.

Or si le régime parasitaire du nourrisson IMC n'est pas différent de celui du nourrisson normal, s'ils participent tous deux de la même « symbiose » originelle, il n'en est plus de même de leurs évolutions motrices et fonctionnelles : celle de l'enfant normal est telle qu'elle réduit de plus en plus son impuissance, qu'elle lui permet de conquérir son autonomie, de s'individualiser. Alors que celle de l'enfant IMC, en raison de la présence du handicap, maintient, à tout le moins prolonge son impuissance, le confine ou pour le moins, tend à l'immobiliser dans la symbiose, inhibe, ralentit ou sans doute module de façon particulière les processus d'individuation.

On peut ici encore supposer que dans la mesure où la relation moi-autrui se construit par référence au corps, comme inversement c'est par l'intermédiaire de cette relation que s'opère la prise de conscience du corps et du moi, le développement de l'image de soi chez les enfants IMC marquera des retards, présentera des anomalies ou se construira selon d'autres modalités que chez les enfants non handicapés.

2.2 - L'angoisse de l'enfant infirme moteur cérébral :

Dans le même temps, des observations, tirées de la pratique clinique de Marita GARELLI, Anne LEPAGE, Elisabeth MISTELLI sur l'enfant I.M.C et son corps (1) les confirmaient dans leur projet. Leur attention était en effet alertée par l'angoisse dont témoignaient tous les enfants dont ils avaient la charge. La plupart d'entre eux, quel que soit leur âge, l'exprimaient avec une étonnante facilité comme s'ils étaient sans défense contre elle, incapables de la mettre à distance. Elle se révélait de multiples façons à des degrés divers selon les enfants, au travers de comportements plus ou moins conscients ou de propos tenus. Telles étaient :

- les réactions de peur si fréquentes au cours des rééducations (dans certaines positions assises, lors des passages de la situation assise à la station debout ou d'un type de marche à un autre) ;
- les comportements régressifs : énurésie, retards du langage et conduites passives ou abandonniques non dus au handicap, refus de rééducation ou scolarité, repliements sur soi liés à des stress d'origines diverses qui revêtent parfois un caractère si massif qu'ils évoquent des états pré-psychologiques ;

1 – Marita GARELLI, Anne LEPAGE et Elisabeth MISTELLI, in Bulletin de Psychologie, **La psychologie et l'enfance physiquement handicapée**, Présenté par H. HERREN, n° XXVII 310, Groupe d'études de psychologie de l'Université de Paris, 1973-1974, p. 364.

- la revendication affective constante chez tous – l’avidité d’une relation individuelle avec l’adulte apparaît d’autant plus frappante qu’ils sont presque en permanence placés en situation duelle avec cet adulte ;
- les déchargent agressives contre les appareils ou le personnel : « je tuerai X qui fait exprès de me faire du mal » ;
- les verbalisations exprimant leur déchéance : « je suis raté », « je suis foutu », « j’aurai mieux fait d’y rester » [à l’accouchement] ; « elle n’a pas eu de chance ma mère que je sois comme ça » ; « c’était loupé depuis le départ » ; « les normaux eux, ils peuvent...ils font... » ;
- les interrogations au sujet de l’avenir sexuel : « nous enfants handicapés est-ce que nous pourrons nous marier ? Entre nous ? Avec un normal ? Avoir des enfants ? » ;
- les difficultés d’identification : persistance ou réapparition du « il » pour se désigner- flou des identifications parentales- confusion ou inversion des rôles parentaux.

L’angoisse « à fleur de peau » manifestée par l’enfant IMC provient nous semble-t-il (sic) de ce qu’il vit son corps dans l’insécurité, l’impuissance et le conflit.

Dans l’insécurité d’abord : en dérobant à sa maîtrise, à son contrôle, son corps trahit ses efforts, ses désirs, ses projets, non seulement parce que ses mouvements sont perturbés par des spasmes, des contractures, une mauvaise régulation du tonus dont les manifestations sont variables suivant le moment, l’état émotionnel, la nature de l’acte à accomplir. L’instrument corporel est à la fois défectueux et non fiable. Par le fait même sont rendus fragiles et aléatoires le contrôle, la maîtrise du monde extérieur. D’où probablement un sentiment d’insécurité générateur d’angoisse.

Dans l’impuissance ensuite. Au fur et à mesure que l’enfant normal grandit, il apprend à se « distancer », à créer ses « eaux territoriales » comme le dit Wallon, à être seul avec son corps, à défendre au besoin sa solitude. Mais il sait aussi à tout moment il peut, s’il le désire, retrouver l’autre et s’assurer de la sécurité de sa présence. L’enfant infirme, lui, est transporté, posé ici et là. Sa distanciation n’est pas expérimentée dans la liberté, elle lui est imposée par l’autre : lorsque celui-ci est loin, il ne peut revenir à lui, quand il se rapproche, il ne peut s’éloigner. Sa solitude, loin d’être une conquête, prend la figure d’un abandon et son retour à l’autre est plus une possession qu’un échange, une

relation partagée. L'impuissance de l'enfant IMC est donc à la fois source d'angoisse et obstacle à la communication avec autrui.

Dans le conflit enfin, le normal, non seulement offre à l'IMC un modèle corporel dont la structure et le fonctionnement diffèrent du sien mais en outre cherche à le « normaliser » selon ses propres normes. L'IMC doit donc à la fois trouver et construire sa propre normativité compte tenu des particularités de son propre équipement et tenter de s'adapter à la normativité que lui impose le normal. Cette double nécessité engendre peut-être un conflit dont les effets peuvent non seulement être anxiogènes mais, dans certains cas, freiner son dynamisme en suscitant des attitudes négatives ou en rejetant l'enfant dans une dépendance plus étroite à l'égard de l'adulte.

Le handicap apparaît donc comme castrateur... Il empêche de ...il contraint à ne pas... Il ampute plus ou moins largement l'enfant de son pouvoir d'agir sur le monde environnant. Il le soumet plus ou moins totalement à la manipulation d'autrui qui le réduit au statut d'objet.

A l'écouter ce que nous disaient les parents des IMC, à observer leurs conduites, s'imposait l'idée que l'angoisse des IMC se greffait sur celle de leurs parents et se développait en fonction des attitudes de l'entourage familial. La connaissance du handicap est source d'angoisse pour le milieu familial. Pour toutes les mères avec lesquelles nous avons pu nous entretenir, le fait d'avoir donné naissance à un être « cassé », « raté », est une blessure narcissique intolérable. Elles doivent faire le deuil de l'enfant qu'elles avaient désiré à leur image. Elles se sentent atteintes dans leur intégrité et il devient difficile, sinon impossible, de s'identifier à cet enfant handicapé qui les frustre et les culpabilise au moins inconsciemment.

Frustration et culpabilité sont à l'origine de désorganisations du milieu familial dont il nous semble, bien que nous n'ayons pu le vérifier statistiquement, qu'elles sont plus fréquentes que dans la population normale (mésentente des couples, divorces, traitements psychiatriques, états dépressifs, coupures avec le monde extérieur).

Frustration et culpabilité expriment fréquemment au travers de multiples réactions de rejet plus ou moins camouflées qui traduisent le conflit, générateur d'angoisse, entre pulsions d'amour et pulsions mortifères. L'enfant est aimé et détesté à la fois :

- s'il est rare que l'enfant IMC soit purement et simplement abandonné, il peut être progressivement évincé : les visites à l'enfant placé s'espacent de plus en plus, le retour au foyer pose des problèmes de plus en plus insurmontables, la

ronde des centres s'instaure, le tout justifié par la recherche de la meilleure solution pour l'enfant ;

- le rejet de l'enfant handicapé peut revêtir des formes plus subtiles. Tel est le cas des parents qui nient le handicap ou le minimisent. L'absence ou la lenteur des progrès moteurs ou intellectuels de leur enfant sont mises au compte de sa paresse, de son manque d'effort, de son inertie, ou sont dues à l'incompétence des thérapeutes ou des maîtres. Les progrès ne sont jamais jugés suffisants ou sont à peine reconnus. Les performances sont sans cesse comparées à celles d'autres enfants qui « réussissent mieux », qui « y arrivent bien ». Ils exigent de leur enfant beaucoup plus que ses possibilités ne le lui permettent.

D'autres parents surestiment au contraire le handicap et surprotègent leur enfant. Ils refusent les aides permettant son indépendance, agissent à sa place, préviennent ses moindres désirs, lui évitent tout effort, se substituent à lui : « il a déjà bien assez de malchance comme ça ». Ils nient les progrès pourtant évidents : « il ne peut pas marcher », déclare une mère devant son fils qui vient de faire ses premiers pas. Le désir inconscient des parents est de prolonger l'état de nourrisson parce qu'il rend le handicap plus tolérable, plus admissible.

Toutes ces observations à propos de l'angoisse de l'IMC mettaient bien évidence l'importance de l'impact du corps vécu et des relations interpersonnelles dans la construction de l'image de soi et nous conduisaient à nous interroger sur la manière dont l'enfant IMC parvenait à se construire en tant que personne.

2.3- Corps représenté et corps vécu :

La littérature montre bien combien le terme du schéma corporel est ambigu. Il est pris dans des acceptions multiples selon que les auteurs privilégient l'un ou l'autre de ses aspects. Nous avons choisi, pour notre part, d'étudier deux notions fondamentales : le corps représenté et le corps vécu.

Dans la plupart des textes, il y a souvent confusion ou passage implicite de l'un à l'autre de ces deux aspects du schéma corporel.

Premier aspect : le corps représenté.

Nous entendons par-là le fait que le sujet se donne de son corps une certaine « représentation », posée comme telle, ou bien implicite dans ses comportements ; de son corps en tant qu'il objet de connaissance (tant dans les composants de ce corps, par exemple, les segments et leur typologie, que dans

ses positions ou ses postures globales) et qu'il est en même temps un centre de référence autour duquel s'organisent l'espace environnant (en particulier une droite et une gauche), les déplacements et les actions de ce corps dans l'espace. Prenons un exemple : l'acte d'écrire suppose une main dominante ; une certaine maîtrise de la motricité de cette main et une orientation de l'activité graphique de la gauche vers la droite.

Le schéma corporel se constitue d'abord au plan des praxies mais la constitution même de ces praxies suppose leur reprise au niveau de la représentation. Lorsque le schéma corporel représentatif est constitué, il est la référence permanente des praxies du sujet à l'égard des objets du monde extérieur. Cette connaissance a un caractère représentatif. C'est donc un certain savoir qui passe par les données sensorielles, extéro, mais surtout proprioceptives et vestibulaires, par les dénominations verbales concernant les parties du corps et un certain nombre de positions spatiales, et par les activités.

Tout permet de penser que la plupart des activités de l'homme s'organisent à partir de ce système de référence et que les troubles de l'organisation psychomotrice (écriture, lecture, praxies diverses et même langage) s'expliquent par des perturbations de ce système de référence. Ce schéma se constitue génétiquement par la synthèse des données proprio, intéro, extéroceptives et la maturation du système nerveux. On peut en fixer en gros les grandes étapes, en étudier les décalages horizontaux (la différenciation gauche/droite sur soi est antérieure à celle sur autrui). On peut penser que cette structure est d'ordinaire établie à un certain âge.

Deuxième aspect : le corps vécu.

Le corps vécu a un caractère beaucoup plus subjectif. Il exprime soit à un niveau global, soit au niveau de certaines de ses parties « l'opinion » du sujet à l'égard de ce corps (ce qu'il en pense). Il exprime chez l'individu normal des jugements de valeur à contenu esthétique (je suis trop grand, trop gros, tout petit, laid) dont on peut penser qu'ils reflètent plus ou moins les critères esthétiques de l'époque et les jugements de l'entourage. Chez l'individu psychotique il semble même exprimer le sentiment d'existence ou de non-existence, de réalité ou d'absence de certaines parties du corps (négations d'organes ou de membres) ou même du corps dans son entier ou de ses pouvoirs. Très schématiquement le corps représenté met en cause des notions (mon bras, ma main, la droite) et le corps vécu des valeurs.

Cette distinction a pour but d'attirer l'attention sur deux aspects ou peut-être deux niveaux de l'organisation du corps : on ne saurait nier qu'ils soient souvent liés ; en particulier il est probable que, dans sa genèse, la représentation du corps

passer par le corps vécu : ce sur quoi ont insisté les psychanalystes à partir de la notion de zones érogènes. De la même façon, il semble bien que chez l'hémiplégique cérébral infantile, le corps représenté se constitue difficilement du côté paralysé qui comme « mort » pour l'enfant, bien qu'il ait des perceptions visuelles (mais cet hémicorps ne lui fournit que peu de sensations arthrokinétiques et sensibles). Il y a donc une organisation du corps représenté à travers le corps vécu dans la mesure où, génétiquement, le vécu précède le représenté (l'enfant se sert de sa main droite bien avant de savoir que c'est sa main droite). Schilder a beaucoup insisté sur le rôle considérable du vécu dans la genèse du corps représenté.

Toutefois, il ne s'en suit pas nécessairement que des troubles profonds du corps vécu (comme on en voit dans certaines psychoses) entraînent une désintégration du corps représenté (par exemple une confusion droite/gauche, une apraxie) : les malades vus par Pankow (1969) dessinent remarquablement, ont une excellente organisation de l'espace, ne présentent aucune apraxie. Inversement, des sujets ayant souffert de lésions cérébrales focales peuvent présenter une désorganisation du corps représenté sans pour autant souffrir de gros troubles du corps vécu. Un exemple particulièrement intéressant est celui de l'illusion du membre fantôme : présenté chez les amputés accidentels (le membre continue d'être « représenté » et même vécu en dépit de sa disparition et donc de l'organisation perceptive des afférences dont il était la source), l'illusion n'existe ni chez l'amputé congénital ni chez les sujets pour lesquels l'amputation a été précoce. Donc le corps représenté passe bien par le corps vécu ; toutefois ces amputés congénitaux dessinent la plupart du temps des bonhommes qui ne présentent pas cette amputation. Ce qui impliquerait qu'il y a une partie du corps représenté (celui qui fait référence au corps d'autrui normal) qui ne passe pas par le corps vécu mais par la perception d'autrui.

Si la façon dont le corps est vécu contribue à élaborer sa représentation, on peut penser qu'inversement la représentation du corps contribue à construire son vécu : c'est ce que laissent supposer certaines techniques de relaxation qui permettent la prise de conscience de certains organes ou de certaines parties du corps. Les deux processus génétiques s'étayent mutuellement.

Il nous paraît donc nécessaire dans notre travail de tenir constamment de ces deux aspects, tantôt pour les relier dans la genèse, tantôt pour les dissocier. Un double danger doit en effet être dénoncé, l'un, illustré par certains psychanalystes, qui ramène la seule structuration du corps représenté à la seule genèse du corps vécu, essentiellement dans les relations interpersonnelles, compte tenu de leurs charges libidinales ; l'autre illustré par certains neurologistes, qui consiste à poser le développement du corps représenté comme un phénomène de maturation indépendant de l'expérience vécue.

3- Infirmité motrice d'origine cérébrale (I.M.O.C.) - La souffrance cérébrale néonatale (1)

3.1-Qu'est-ce que c'est ?

Les infirmités motrices cérébrales (IMC) représentent des états pathologiques, non évolutifs, caractérisés par des paralysies, une incoordination des mouvements et d'autres troubles moteurs. Il n'y a pas de trouble de la personnalité.

L'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) comporte des troubles sensoriels (visuels, auditif) et l'atteinte des fonctions supérieures (langage, spatialisation, gnosies).

En France, la fréquence moyenne est de 2 à 4 I.M.C. pour 1000 naissances vivantes. La prématurité et la souffrance cérébrale néonatale sont les principales causes d'IMC.

On désigne sous le terme de souffrance cérébrale néonatale, les lésions neurologiques de la période néonatale, sous tendues par un mécanisme de souffrance fœtale aiguë. Les malformations, les atteintes neurologiques de causes infectieuses ou métaboliques sont exclues de ce cadre. La souffrance cérébrale néonatale est observée chez le nouveau-né chaque fois que les cellules cérébrales sont privées d'oxygène : c'est l'anoxie néonatale.

3.2- Causes et facteurs de risque :

Les accouchements difficiles sont aujourd'hui rarement responsables de cette pathologie grâce au recours codifié à la césarienne. Le rôle du traumatisme obstétrical a été mis en évidence en 1828 par Little .Ce médecin a donné son nom au "syndrome de Little" qui est caractérisé par une paraplégie spasmodique apparaissant dès les premiers mois de la vie chez des enfants venus au monde après un accouchement difficile en état d'asphyxie. Ce syndrome entre dans le cadre général des encéphalopathies infantiles.

La souffrance fœtale aiguë peut également résulter d'une anoxie intra-utérine provoquée par une anomalie du placenta ou du cordon, une grossesse prolongée, une hypotension artérielle, une insuffisance respiratoire chronique, un diabète etc.

1-(docsimo .www.internet 2008)

La prématurité, la dysmaturité, les grossesses gémellaires etc. sont des facteurs favorisants.

L'anoxie cérébrale peut également se constituer après la naissance lors d'une hémorragie cérébro-méningée, d'un collapsus cardiovasculaire, d'une malformation cardiaque ou pulmonaire, mort subite inexplicée du nourrisson récupérée, état de mal convulsif, arrêt cardiaque, encéphalite etc., toutes circonstances qui entraînent la baisse ou l'arrêt prolongé de la vascularisation du cerveau.

3.3-Les signes de la maladie :

Les troubles moteurs élémentaires sont liés aux lésions cérébrales qui perturbent les ajustements précis entre muscles agonistes, antagonistes et synergiques. Chez l'enfant normal, ces ajustements inconscients règlent la posture et le mouvement volontaire.

Les symptômes sont nombreux chez le nouveau-né.

Les troubles de la conscience sont constants depuis la somnolence jusqu'au coma profond. Les réflexes archaïques sont abolis ou incomplets. Les troubles du tonus comportent une hypotonie globale avec aréactivité entrecoupée d'accès d'hypertonie trémulante.

Une hyperexcitabilité neuromusculaire, un cri aigu "neurologique", des convulsions, des paralysies, des troubles de la succion et de la déglutition, des mouvements anormaux des globes oculaires et de mâchonnement automatique complètent le tableau neurologique. Une instabilité thermique, des troubles du rythme cardiaque, des apnées avec cyanose, des crises vasomotrices achèvent de caractériser l'état de souffrance cérébrale néonatale.

Parmi les examens complémentaires utiles, l'électroencéphalogramme a surtout un intérêt pronostique. La tomодensitométrie cérébrale (scanner) permet d'apprécier les dégâts anatomiques lorsqu'ils sont visibles.

Sainte-Anne Dargassies distingue 3 périodes où le diagnostic d'abord soupçonné, se confirme puis devient évident.

- A la période d'alarme (0 à 3 mois), les signes de suspicion sont l'irritabilité avec trémulations spontanées ou provoquées, l'excitabilité avec sursauts et secousses, un tonus actif intense, un défaut de la statique de la tête, une mauvaise synergie tête-yeux avec l'absence de poursuite oculaire, un retard d'apparition des jeux de mains, un strabisme persistant, des troubles du sommeil, une hypo-acousie.

- La période d'orientation (4 à 8 mois) se caractérise par la raideur des membres inférieurs, une hypotonie axiale, le rejet de la tête en arrière, des anomalies de la préhension absente ou lente, des mains souvent fermées, une lenteur psychique.

- La période de certitude débute à 8 mois ; les signes cités sont évidents. L'absence de pince digitale est frappante le nourrisson est incapable de prendre un objet entre pouce et index. La recherche du signe du "parachute" se solde par un échec : normalement, à cet âge, lorsqu'on plie vers l'avant le tronc du nourrisson, celui-ci écarte les bras devant lui comme pour se protéger. L'absence de ce réflexe, l'apparition des mouvements anormaux confirment le diagnostic.

3.4- Evolution de la maladie :

L'anoxie cérébrale néonatale est grave. La mortalité précoce est élevée et les séquelles neuropsychiques sont à craindre surtout lorsque l'anoxie a été précoce et durable.

Le pronostic est néanmoins difficile à porter en période néonatale.

Les enfants ayant présenté une souffrance cérébrale néonatale constituent incontestablement un groupe à risque neurologique élevé. Ils justifient donc une surveillance médicale attentive et régulière dans le but de dépister précocement les handicaps intellectuels, moteurs, sensoriels etc. afin de débiter le plus tôt possible la rééducation appropriée.

Quelques critères de pronostic sont à connaître. On estime que lorsqu'un enfant ayant présenté une souffrance fœtale aiguë est capable de boire seul au biberon la moitié de sa ration au 8^o jour, la probabilité de séquelles ultérieures est très faible sinon nulle. La constatation des séquelles neurologiques se fait en règle avant le 9^o mois de l'enfant (âge corrigé). Après cet âge, leur apparition chez un nourrisson normal jusque là, est exceptionnelle.

Ces séquelles sont variables :

La spasticité se caractérise par des contractures musculaires puis des rétractions musculo-tendineuses responsables d'attitude en flexion.

L'athétose se traduit par des mouvements lents involontaires qui témoignent de brusques décharges motrices incoordonnées.

L'ataxie est un trouble de l'équilibre qui s'accompagne de tremblements exagérés par le moindre mouvement.

Les troubles du tonus sont variables : hypo ou hypertonie.

La topographie des paralysies permet de définir la monoplégie, la paraplégie, l'hémiplégie, la triplégie, la tétraplégie.

A ces troubles moteurs, sont associés différents troubles.

Le niveau mental est variable. La moitié des enfants I.M.C. semblent avoir une intelligence normale. La débilité, lorsqu'elle existe (IMOC) complique encore plus la rééducation.

Le retard scolaire aggrave souvent le déficit intellectuel qui est parfois difficile à apprécier.

Les troubles caractériels sont inévitables.

Une épilepsie est retrouvée dans 1/4 des cas.

Les déficits auditifs, visuels (strabisme etc.) et les troubles du langage sont fréquents.

Les troubles sensori-moteurs doivent être recherchés : anomalies du schéma corporel, troubles de l'orientation temporo-spatiale.

Les troubles de la sphère bucco-linguo-faciale sont à l'origine des difficultés alimentaires, des dyspraxies limitant la parole : mobilité réduite de la langue, faciès figé, bouche trop ouverte, impossibilité de souffler, incontinence salivaire (l'enfant bave en permanence),

Les troubles neurovégétatifs sont fréquents de même que les troubles trophiques au niveau des membres paralysés.

3.5- Traitement :

Le meilleur traitement de l'anoxie néonatale est préventif : il vise à réduire au maximum le traumatisme obstétrical, l'infection néonatale et l'anoxie.

La surveillance de la grossesse et de l'accouchement sont les meilleures garanties.

Devant un enfant I.M.O.C., un bilan complet doit être établi afin de préciser :

- Le degré de dépendance motrice ;
- Le niveau mental ;
- Les troubles associés ;
- La valeur éducative et socioculturelle du milieu familial ;
- Les possibilités de scolarisation.

Ce bilan peut être réalisé au mieux dans un Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

La physiothérapie (kinésithérapie, ergothérapie, hydrothérapie, balnéothérapie, électrothérapie) est fondamentale. Les appareillages, les interventions orthopédiques (énotomies, transplantations, allongements, neurotomies, ostéotomies, greffes, etc.) ont une grande importance afin d'obtenir rapidement la verticalisation.

La rééducation orthophonique, les traitements anti-épileptiques sont également indispensables.

Des bilans radiologiques annuels (hanches, rachis) sont indispensables jusqu'à l'adolescence.

Les problèmes digestifs et nutritionnels doivent être dépistés. Les enfants sont souvent hypotrophiques du fait de leurs difficultés d'alimentation. Les déshydratations sont fréquentes. Les fausses routes sont souvent silencieuses mais répétées. Le reflux gastro-oesophagien est pratiquement constant et doit être surveillé et traité médicalement. La chirurgie du RGO se discute en cas de grande dénutrition liée au reflux, d'incidents respiratoires répétés, d'anémie, de risque de rétrécissement ou d'oesophagite et avant intervention d'ostéosynthèse rachidienne.

La ration alimentaire doit être hypercalorique, enrichie en vitamine D, en fer et en acide folique. Les boissons doivent être abondantes.

La constipation doit être dépistée et traitée : position, massages, diététique, hydratation, laxatifs et parfois évacuation d'un fécalome.

Les troubles respiratoires sont liés à la faiblesse des muscles respiratoires et aux fausses routes. Le traitement fait appel à la kinésithérapie respiratoire, les aérosols et les antibiotiques en cas de surinfection.

Toutes les vaccinations usuelles doivent être pratiquées. Les soins dentaires ne doivent pas être oubliés.

Peu de médicaments agissent sur la spasticité.

En cas d'I.M.O.C chez un enfant d'intelligence normale avec des parents ouverts et responsables, l'idéal est de scolariser l'enfant dans un milieu scolaire normal avec quelques adaptations nécessaires du fait de sa maladresse gestuelle, de sa lenteur et de sa fatigabilité.

Le plus souvent, la demi-pension ou le placement dans des centres spécialisés s'avèrent nécessaires. Ces centres spécialisés comprennent les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisées et les centres de réadaptation pour handicapés physiques et sensoriels. Ces centres accueillent en internat ou en demi-pension, pour des séjours de longue durée, les enfants trop gravement handicapés pour pouvoir rester dans le milieu familial et fréquenter l'école municipale.

Les instituts médico-pédagogiques (I.M.P) reçoivent des enfants d'âges préscolaire et scolaire et leur donnent un enseignement général et pratique adapté à leurs facultés mentales ainsi qu'une formation gestuelle développant leur habileté manuelle.

Le comportement en famille est parfois difficile. L'aide d'un médecin ou d'un psychologue est souvent nécessaire.

L'enfant handicapé doit être traité par les autres membres de sa famille avec le plus de naturel possible. Le moral de l'enfant dépend en effet beaucoup plus de l'attitude de ses parents que de la nature de son handicap.

Les études psychologiques ont démontré que l'enfant infirme de naissance n'est pas honteux de son état. C'est le comportement de ses parents, de ses frères et sœurs qui risquent de le rendre mal à l'aise.

L'enfant handicapé n'a pas besoin de pitié. Il doit être considéré comme l'égal de ses frères et sœurs, en tenant compte bien entendu de son handicap.

CHAPITRE 03 : Prise en charge et orientation de l'enfant handicapé moteur

Dans leur approche les docteurs Isabelle Hodgkinson, Jean-Pierre Vadot et Dr Carole Bérard, in Médecine physique et réadaptation Pédiatrique, Escale Centre hospitalier, Lyon Sud (Juillet 2002), nous apportent les définitions concernant les concepts suivants :

1- ENFANT :

L'enfant handicapé est un enfant. Son approche médicale demande un savoir faire particulier lié à la prise en charge des enfants. Si l'enfant est une personne à part entière il n'en reste pas moins sous l'autorité de ses parents et son autonomie en dépend. Il n'est donc pas envisageable soit d'exclure les parents, soit d'exclure l'enfant. Tout l'art du médecin sera de concilier la demande de l'enfant, la demande des parents et les exigences de soins. Dans le cadre de la médecine du handicap, les situations d'urgence ou de risque vital sont peu fréquentes, la participation du patient aux soins est indispensable et l'approche médicale impose d'acquiescer son adhésion aux propositions thérapeutiques ou de prise en charge. La demande de l'enfant s'adapte souvent à celle de ses parents, cette demande n'est pas toujours dans la réalité des possibilités thérapeutiques et des soins. Le rôle du médecin est alors d'accompagner l'enfant et ses parents vers une plus juste réalité pour mettre en adéquation ce que la médecine peut apporter et ce que les parents et l'enfant en attendent.

2- HANDICAP :

Le handicap est une donnée variable en fonction de l'environnement (physique, psychologique, affectif, social, culturel) et d'une situation. Il peut être assimilé à un désavantage face à une situation. Il se distingue de la déficience ou de l'incapacité qui sont en amont du processus de handicap. La déficience (impairment) est une anomalie de la structure ou de l'apparence du corps ou de la fonction d'un organe ou d'un système. Cette déficience est responsable d'une incapacité (disability) : toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour l'être humain.

3- HANDICAP CHEZ L'ENFANT :

Un enfant peut présenter une déficience motrice des 2 membres inférieurs (paraplégie secondaire à un Spina Bifida, ou diplégie spastique liée à une infirmité motrice cérébrale) responsable d'une incapacité à la marche et d'un handicap variable en fonction des situations et de l'environnement avec cette

même déficience et cette même incapacité l'enfant en fauteuil roulant devant un plan incliné ne présentera pas un handicap aussi grave que l'enfant en fauteuil devant des escaliers. Cette notion de handicap n'est pas différente de celle de l'adulte. Chez l'enfant, le lien parental est omniprésent. Ce même enfant devant un plan incliné peut avoir un handicap très différent selon qu'il est en fauteuil ou en poussette. Dans le premier cas, l'indépendance matérielle de l'enfant en fauteuil lui permet d'expérimenter son autonomie (psychoaffective) face à ses parents, comme un autre enfant, il monte seul jusqu'au sommet; dans le second cas l'enfant en poussette reste dans la dépendance physique de ses parents qui le poussent et dans l'impossibilité d'exercer ses tentatives d'autonomie. Le désavantage n'est pas de ne pouvoir monter le plan incliné mais de pouvoir faire les expériences nécessaires à son développement psychoaffectif. Le but de la prise en charge en médecine physique et réadaptation n'est pas ici que l'enfant puisse accéder au sommet mais qu'il puisse avoir les mêmes chances qu'un autre enfant d'évoluer vers une autonomie adulte.

A l'extrême un enfant peut présenter un surhandicap : surcharge progressive d'une déficience physique ou psychique par des troubles cognitifs ou relationnels liés à de mauvaises conditions d'environnement (école, famille, établissement de soins...) entraînant replis autistique, passivité, troubles d'apprentissage. Il est particulièrement important d'en tenir compte chez l'enfant.

4- AUTRES DEFINITIONS :

L'invalidité est un terme propre à la législation dont l'estimation n'est que rarement le reflet de l'incapacité réelle et du désavantage liée à cette incapacité, mais permet des prestations sociales en fonction de barèmes.

Le plurihandicap est l'association de 2 troubles majeurs avec conservation d'un outil intellectuel permettant au moins un apprentissage élémentaire. Par exemple un enfant présentant une hémiplégie et une surdité.

Le polyhandicap est défini comme un retard mental sévère ou profond ($QI < 35$) associé à des déficiences en particulier neuro-motrices, expression d'une atteinte cérébrale grave. Par exemple un enfant infirme moteur cérébral, tétraplégique, avec absence de communication.

5- ORIENTATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ :

L'enfant handicapé vit au sein de sa famille, comme un autre enfant. En fonction de sa déficience et de ses incapacités, une intégration en milieu scolaire ordinaire peut aggraver le handicap en plaçant l'enfant en situation d'échec et de rejet. Une intégration en milieu adapté est alors souhaitable. Il existe différentes structures pour accueillir ces enfants en fonction de la

déficience physique, sensorielle, intellectuelle ou psychique, en fonction de l'objectif fixé, du souhait de l'enfant et de ses parents.

5.1- Chez le petit enfant avant 3 ans :

Les enfants sont suivis par le secteur hospitalier dans des services spécialisés (neuro-pédiatrie, ophtalmologie, pédopsychiatrie, ORL...).

Le diagnostic n'est pas toujours clair. La déficience motrice n'a pas encore révélée toutes les incapacités, on est parfois encore dans la période de dépistage et de bilans. Les parents sont informés petit à petit des conséquences de la déficience et de la prise en charge qui sera la mieux adaptée. Ils n'ont pas encore réalisé le caractère définitif des lésions. La rééducation est débutée en secteur libéral en attendant une orientation vers une équipe.

5.2. Avant 6 ans :

Il est préférable de favoriser le milieu familial et une scolarisation en milieu ordinaire, en maternelle, en fixant les objectifs et les modalités de cette intégration.

Les équipes les plus adaptées sont : le centre d'action médico-social précoce (CAMSP), pour les enfants dont le handicap est d'origine motrice ou sensorielle et les centres médico-pédagogiques (CMP) pour les enfants dont le handicap est d'origine psychiatrique. Il s'agit de structure dépendant du secteur médical, n'imposant pas l'avis d'une commission. L'enfant peut y être adressé directement par son généraliste. Le médecin responsable jugera des possibilités de prise en charge de cet enfant. Les CAMSP sont spécialisés dans une déficience ou sont polyvalents. Ainsi certains accueillent les enfants déficients visuels, d'autres déficients auditifs, d'autres déficients moteurs etc. CAMSP et CMP assurent le suivi médical spécialisé, les prises en charge rééducatives, l'intégration scolaire, l'orientation des enfants.

L'intégration scolaire en milieu ordinaire est favorisée par les lois récentes. Un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) peut être signé avec les différents partenaires (parents, enseignants, soignants). Parfois, une auxiliaire à l'intégration peut être envisagée à l'école pour pallier certaines des incapacités de l'enfant qui pourraient empêcher l'enseignant d'exercer son rôle auprès des autres enfants de la classe. Certaines rééducations peuvent se faire au sein de l'école, la scolarité peut être proposée à temps partiel.

5.3- Après 6 ans :

A 6 ans la grande étape de l'acquisition de la lecture va être décisive pour l'orientation de l'enfant, quelque soit la déficience.

Le suivi médical et rééducatif ainsi que l'orientation scolaire est alors assuré par des Services de Soins et d'Education à Domicile (SESSD) qui prennent en charge les enfants après le CAMSP. Ces équipes dépendent du secteur médico-social et imposent l'avis de la Commission Départemental d'Education Spécialisée (CDES). Comme les CAMSP, les SESSD sont plus ou moins spécialisées dans la prise en charge d'une déficience. La prise en charge en CMP peut se poursuivre sans limite d'âge. Si l'enfant est capable d'acquisitions scolaires au rythme des autres enfants il reste en milieu ordinaire avec ou sans PAI et auxiliaire à l'intégration. Il peut aussi être intégré dans des classes spécialisées qui existent au sein des écoles, les CLIS qui permettent une scolarisation adaptée au rythme d'acquisition de l'enfant.

En fonction de l'importance de la rééducation et des possibilités d'acquisitions scolaires, il est parfois préférable de proposer un établissement spécialisé (Centre d'Education Motrice, Institut Médico-Educatif, Institut Médico-Pédagogique), en externat ou internat selon l'environnement familial et les possibilités locales. Dans ces établissements les acquisitions scolaires ou pédagogiques sont assurées ainsi que le suivi médical spécialisé et les prises en charge rééducatives. L'orientation dans ces établissements dépend de la décision de la CDES et des possibilités d'accueil du centre. Il y a souvent de longues listes d'attente, en particulier depuis la loi Croton qui impose aux établissements de garder les enfants au-delà de l'âge limite supérieur d'accueil si aucune solution d'orientation n'a été trouvée.

L'enfant qui ne peut être suivi par une structure de ce type, du fait du refus de la famille, de l'absence de structure à proximité du domicile, de manque de place, peut suivre ses différentes rééducations en secteur libéral : kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, pris en charge à 100%, ergothérapie ou psychomotricité non pris en charge par la sécurité sociale. Il est alors primordial que la famille soit accompagnée par une équipe hospitalière pour permettre la cohésion entre les différents intervenants et établir les priorités de prise en charge. Il est prévu une Allocation d'Education Spécialisée (AES) (dont le taux est décidé par la CDES et le versement assuré mensuellement par la Caisse d'Allocations Familiales) pour pallier les dépenses liées au handicap. Dans tous les cas une demande de prise en charge à 100% peut être demandée auprès de la sécurité sociale soit dans le cadre d'affection reconnue longue durée (ALD) soit à titre exceptionnel.

CHAPITRE 04 : apport de la psychomotricité dans la prise en charge des handicapés :

1- La psychomotricité: Le concept de psychomotricité reste, dans son emploi, aussi bien courant que scientifique, assez ambigu. On peut néanmoins, surmonter cette ambiguïté en le référant à l'intention originelle de ceux qui l'ont forgé et ont en fait la théorie. Piaget et surtout Wallon. C'est à Wallon, en effet, que l'on doit la découverte et les premières explorations de ce nouveau champ d'investigation grâce à des recherches cliniques et expérimentales sur le développement psychomoteur de l'enfant, les syndromes et les types psychomoteurs. Cependant, il convient aujourd'hui de corriger la perspective wallonienne parfois trop neurologiste en soulignant le rôle des relations affectives et pulsionnelles, autrement dit en tenant plus largement compte des acquisitions psychanalytiques. Il en résulte à la fois un élargissement de la classification des troubles psychomoteurs, un enrichissement des techniques thérapeutiques appropriées et extension du camp d'investigation de la psychomotricité. Outre les domaines génétique, pathologique, différentiel, un tel champ comporte comme celui, plus complexe, de l'adaptation de l'individu normal avec ses composants pragmatiques et éducative. Ce vaste domaine connaît, de nos jours, un grand essor et, grâce à la mise en valeur de la perspective interdisciplinaire, profite aussi bien des expériences psychotechniques, psychosociologiques, artistiques et pédagogiques que des techniques médicales et psychanalytiques. Bref, la psychomotricité est le carrefour de toutes les tentatives pour analyser et réaliser la maîtrise du comportement.

2-Les origines théoriques du concept : Piaget et Wallon :

L'ambiguïté dont souffre le concept de psychomotricité tient, d'une part, aux concepts qu'il associe, d'autre part, à la signification de cette association. Si, en effet, le concept de mouvement revêt un sens précis, celui du psychisme prête toujours à confusion : on peut soit le limiter au « mental » ou au conscient, soit l'étendre comportement au sens néo-watsonien. A fortiori la juxtaposition de ces concepts est-elle équivoque : dans le premier cas, elle désigne le mystérieux dualisme de l'âme et du corps ; dans le second, elle est un pléonasme, puisque le mouvement fait partie intégrant du comportement. Pour déterminer le contenu sémantique précis et légitime de la notion psychomotricité, il conviendrait donc de la rapporter à l'intention originelle qui a présidé à sa formation. Cette intention, on la retrouve chez Jean Piaget et, dans une large mesure, chez Henri Wallon, lesquels ont l'un est l'autre souligné, mais chacun avec une visée, une méthode et conceptualisation distinctes, que le psychisme et le moteur ne sont pas deux catégories où réalités étrangères, cloisonnées,

séparées, soumises l'une aux seules lois de la pensée pure, l'autre aux mécanismes psychiques et physiologiques, mais, bien au contraire, l'expression bipolaire d'un et même processus, celui de l'adaptation souple, mouvante et constructive au milieu environnant. Autrement dit, pour Piaget et Wallon, les deux mots accolés ne désignent pas deux domaines distincts juxtaposés, mais les accentuations possibles et variables d'un rapport qui seul existe vraiment.

Pour Piaget, l'adaptation est effectivement un rapport puisqu'elle résulte d'un équilibre constamment renouvelé entre les « assimilations », d'une part, c'est-à-dire les actions par lesquelles un sujet incorpore les choses et les personnes à son activité propre, à ses structures acquises, et « les accommodations », d'autre part, c'est-à-dire les actions par lesquelles il réajuste ces structures, en fonction des transformations subies, au milieu environnant. Piaget montre ainsi comment les premiers réflexes et les premiers schèmes sensori-moteurs du petit enfant, constitutifs de son intelligence dite sensori-motrice ou pratique, s'intériorisent grâce au langage, se socialisent et deviennent des « opérations », d'abord concrètes, à réversibilité limitée (comme classifications figurales, non figurales, hiérarchiques, les sériations, entre autres), puis abstraites, à réversibilité totale (comme la logique des propositions). En d'autres termes, loin d'être extérieure et hétérogène à la genèse dite psychique de l'intelligence humaine, la motricité, si rudimentaire soit-elle, constitue peu à peu celle-ci par des structurations successives et caractérisant, à chaque stade, par des « paliers d'équilibre ».

Un tel éclairage du phénomène est essentiellement gouverné et, par conséquent, limité par la visée épistémologique ou logicienne de Piaget : la psychomotricité n'est, pour celui-ci, qu'un épiphénomène d'un processus logique d'équilibration réglant toute forme de vie et suscitant des structures d'ensemble dont certains éléments seuls sont réalisés, tandis que d'autres se réfèrent à des transformations possibles.

Chez Wallon au contraire, la psychomotricité désigne l'étoffe même, la réalité vivante et dernière du développement infantile, qui, plutôt qu'à un processus logique, obéit à l'exigence des changements des rapports de l'enfant avec la diversité des milieux, depuis la symbiose physiologique avec le milieu utérin à l'état fœtal jusqu'aux relations éthicopolitiques avec la cité à l'âge adulte. « Si bien équilibrée que soit la thèse de Piaget, écrit Wallon, elle n'est pas conforme aux rapports réels de l'enfant avec son milieu, qui ne sont pas de simple succession, qui ne relèvent pas du pur raisonnement ou de l'intuition intellectuelle, mais qui mêlent dès l'origine sa vie à son ambiance, par l'intermédiaire d'actions et de réactions appartenant à tous les plans de son psychisme »(1). Bref, si, chez Piaget, la signification de l'unité psychomotrice est logique, elle devient, chez Wallon, bio sociologique.

3- Le développement psychomoteur de l'enfant :

Wallon n'a jamais cessé de souligner »l'importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant», afin de faire saisir dans le mouvement même la réalité du *rapport* de l'enfant avec le milieu physique, vital et humain ; cela l'amène inévitablement à rompre avec la psychologie traditionnelle, qui prend son point de départ et son type d'explication dans la conscience et, par conséquent, dans les seules images, quelles que soient les formes qu'elles revêtent (sensation, perception, mémoire, etc.). « Entre les conditions extérieures d'un acte et ses conditions subjectives, le mouvement n'est plus, dit Wallon, un simple mécanisme d'exécution, dont il resterait à dire quelles forces ou quel agent intimes sont capables de l'utiliser ; il n'est pas entre elles un simple trait d'union, il se confond avec elles. Et si entendu qu'en devienne le circuit ou le détail des opérations, chaque étape, chaque degré de son organisation est l'expression immédiate des rapports qui se sont établis entre l'individu et le milieu ». En somme, le mouvement « appartient à la structure de la vie psychique ». (1)

Par sa nature même, en effet, il contient en puissance les différentes directions que pourra prendre l'activité psychique. Il est essentiellement déplacement dans l'espace, et revêt trois formes qui ont chacune son importance dans l'évolution psychologique de l'enfant. Il peut d'abord être *passif* ou *exogène*, c'est-à-dire dépendant de forces extérieures, au premier desquelles on trouve la pesanteur. Il ne peut alors que provoquer des réactions secondaires de compensation ou de rééquilibre, tels les réflexes labyrinthiques spécifiques de la période prénatale, qui sont à la tête d'une lignée qui, par étapes successives, à travers la recherche de la posture et des points d'appui appropriés, conduira l'enfant de la position couchée aux positions assise, à genoux et finalement debout. La deuxième forme de mouvement consiste dans les déplacements *autogènes* ou *actifs* soit du corps lui-même dans le milieu extérieur, soit des objets qui s'y trouvent : locomotion ou préhension. La troisième enfin est le déplacement des segments corporels ou de leurs fractions les uns par rapport aux autres. Il s'agit de réactions posturales qui se confondent partiellement avec celles de l'équilibre dans le premier groupe, mais qui prennent un caractère plus différencié et plus psychologique : elles s'extériorisent comme attitudes et comme mimiques. Ces trois sortes de mouvements s'impliquent et se conditionnent mutuellement. Si l'on se rappelle, par ailleurs, que l'organe du mouvement sous toutes ses formes est la musculature striée avec sa double fonction clonique (raccourcissement et allongement des myofibrilles et tonique (maintien du niveau de tension), on comprend aisément que les variations de tout cet appareil fonctionnel, d'une part, permettront à l'enfant de modifier ses rapports avec le milieu et, d'autre part, pourront être, selon les individus, plus ou

1- WALLON H. (1942, rééd. 1970) : *De l'acte à la pensée*, P.U.F. *Les origines du caractère chez l'enfant*, ibid., Paris, 1945, rééd. 1962

* *La psychomotricité*, dep. Nov. 1977

moins précoces ou plus ou moins prégnantes : cela explique la diversité des complexions motrices. Le développement psychomoteur de l'enfant passe par les principaux stades suivants : le stade impulsif des décharges motrices inefficaces du nourrisson ; le stade émotionnel, où les gestes de l'enfant deviennent utiles et tendent à exprimer à l'entourage ses exigences affectives ; le stade sensori-moteur, par lequel l'enfant, à la fois par le développement de son activité manuelle, de la station debout et de son activité phonatoire, réussit à associer plus étroitement le mouvement à ses conséquences sensibles et à opérer par là un repérage minutieux des données sensorielles rendant possible une perception plus précise des excitations causées par les objets extérieurs. Bref, il est capable de l'«activité circulaire», ainsi dénommée parce que l'effet provenant d'un mouvement parfois fortuit entraîne la reproduction de celui-ci comme pour vérifier les rapports entre mouvement et objet, et leurs mutuelles modifications. Puis vient le stade projectif, où le mouvement, après avoir été lié à des influences subjectives et à la perception d'objets extérieurs, accompagne désormais les représentations mentales. L'enfant paraît vouloir mimer sa pensée défaillante et en distribuer les images dans son environnement actuel comme pour leur conférer une présence. Enfin, l'activité d'imitation prend de plus en plus d'importance, contribuant, avec le développement de la parole, à l'émergence de la fonction symbolique et à la transformation et à l'enrichissement de l'intelligence conceptuelle.

4- Syndromes et types psychomoteurs selon Wallon :

Le mouvement n'intervient pas seulement dans le développement psychique de l'enfant, il influe aussi sur son comportement proprement individuel. Chaque individu a une complexion motrice personnelle qui dépend des réglages variables de ses différentes activités musculaires. C'est ce que Wallon appelle un « type psychomoteur ». Or il y a, selon lui, autant de types qu'il y a de possibilités de défaillance ou d'insuffisance de l'un ou de l'autre de ces réglages et des appareils fonctionnels correspondants. Les manifestations de ces insuffisances ou syndromes dérivent donc de trois causes principales : lésions des centres ou faisceaux nerveux correspondant à chaque appareil ; imperfection de la maturation (arrêt, ralentissement ou régression) ; enfin inhibitions du contrôle des centres supérieurs, lesquels désorganisent ou désorbitent les réactions des centres inférieurs.

C'est ainsi que, s'inspirant de la classification de Gourévitch, Wallon distingue sept syndromes et types : *l'infantilisme moteur*, qui ne dépasse pas le niveau de la première enfance et qui se traduit par l'insuffisance globale de la maturation (persistance de réflexes archaïques, d'attitudes, de synergies, de syncinésies et insuffisances posturales et motrices) ; *l'asynergie motrice et mentale*, qui traduit les défaillances de l'action régulatrice exercée par l'appareil cérébelleux sur le système moteur et, par là, sur les fonctions biopsychiques

(oscillations, balancements, nystagmus, troubles du langage, émotivité) ; *l'extrapyramidal inférieur*, assez rare et apparenté au syndrome de Parkinson ; *l'extrapyramidal moyen*, syndrome combiné d'hypertonie et de réactions perverses (rigidité musculaire, attitudes contractées et opposition, sournoiserie) ; *l'extrapyramidal supérieur*, ou subchoréique : instabilité d'attitude, trémulations, syncinésies, réactions vasomotrices et émotives violentes, impulsivité, excitation, affectivité et automatismes incontrôlés, irréflexion ; *le cortical à prédominance pyramidale ou cortico-projectif*, qui comprend des symptômes d'insuffisance pyramidale (syncinésies, exagération des réflexes tendineux, par exemple) et d'insuffisance du lobe frontal (difficultés de la marche et troubles du mouvement volontaire en position assise ou couchée, entre autres) ; *le cortical à prédominance préfrontale ou cortico-associatif-frontal*, caractérisé par la domination de l'influence frontale (exubérance, agitation, parfois humeur joviale malgré une physionomie vide d'expression, pauvreté du langage).

5- Expérience du corps et thérapie psychomotrice :

Bien qu'elle garde une certaine valeur nosologique, la classification de Wallon a suscité, quant à ses principes, maintes critiques : tout d'abord celle d'être une survivance des conceptions anatomo-cliniques qui dépeçaient les fonctions en rapportant chacune de leurs composantes à un organe ou centre nerveux, conceptions elles-mêmes tributaires de la théorie jacksonienne de la hiérarchisation des niveaux fonctionnels selon laquelle chaque niveau supérieur, en tant que tel plus complexe, plus organisé, plus volontaire, contrôle le niveau inférieur ; en outre il s'avère que les stades réalisés en pathologie ne sont que la caricature grossière de ceux par lesquels passe l'enfant normal. Autrement dit, la perspective wallonienne pâtit du postulat discutable du parallélisme entre le pathologique et le normal et de la déduction du premier à partir du second, postulat qui a été réfuté par Goldstein et plus récemment par Georges Canguilhem.

Il convient donc de corriger cette classification des syndromes et la conception conjointe des types, en leur prêtant aux uns et aux autres une justification plus clinique qu'anatomo-pathologique. Wallon, d'ailleurs, nous y invite lui-même en soulignant le rôle de la relation avec autrui dans la formation, les perturbations et la complexion personnelle de la psychomotricité. C'est ainsi que, développant sa théorie de l'émotion comme relation tonique et exploitant l'apport psychanalytique mal apprécié par Wallon, J. De Ajuriaguerra a assoupli et élargi le tableau des troubles

psychomoteurs (1) : il met l'accent autant sinon plus sur leur signification relationnelle, affective et pulsionnelle que sur leur infrastructure anatomo-physiologique. La psychomotricité serait à lire comme un langage, l'expérience du corps comme un *dialogue tonique*. On est conduit par là à prendre en considération de manière privilégiée des signes tels que les tics, le bégaiement, l'énurésie, l'anxiété, la dyslexie, la dysgraphie, et, par extension, les perturbations névrotiques, psychosomatiques et psychotiques.

On comprend dès lors que le même auteur définisse la thérapie, ou rééducation psychomotrice, comme une « technique qui, par le truchement du corps et du mouvement, s'adresse à l'être dans sa totalité. Elle ne vise pas la réadaptation fonctionnelle en secteur et encore moins la survalorisation du muscle, mais la fluidité du corps dans l'environnement. Son but est de permettre de mieux se sentir, et ainsi, par un meilleur investissement de sa corporalité, de se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets et de parvenir à un remaniement et à une harmonisation de ses modes de relation avec autrui ». (2)

Cette thérapie inclut donc aussi bien des techniques kinésithérapiques (comme l'hydrothérapie, le massage, la vibrothérapie, l'électrothérapie), psychosomatiques (relaxation) ou gymnastiques (exercices d'équilibration, de coordination, de manipulation), sportives (sports individuels et collectifs), artistiques (théâtre, danse, mime, peinture) que psychothérapiques et plus précisément psychanalytiques (entre autres, psychodrames, jeux avec poupées, verbalisation spontanée par récits imaginaires, entretiens avec dessins).

6- Champs de la psychomotricité :

Cette variété de techniques correspond, en fait, à l'étendue du champ total de la psychomotricité, qui, au-delà des études génétiques, différentielles ou pathologiques, voit s'ouvrir aujourd'hui le vaste domaine de l'adaptation pragmatique (avec les recherches sur les modalités d'apprentissage des techniques professionnelles, manuelles ou intellectuelles), sociale (recherches sur les modalités de communication interpersonnelle, d'ordre linguistique ou extralinguistique), esthétique (recherches sur les techniques d'expression corporelle au théâtre, comme celle de Grotowski, ou dans la danse, comme celle de Béjart, par exemple) et surtout éducative. C'est, en effet, dans l'éducation physique et sportive contemporaine que la psychomotricité a trouvé le plus

1-. DE AJURIAGUERRA J. (1969) : *Traité de psychiatrie infantile*, Masson, Paris.

2- Ibid. P

grand essor avec les recherches du docteur Le Bouich (1) sur l'« éducation psychocinétique », ou éducation scientifique de la personnalité totale par le mouvement.

Cette éducation vise la conduite motrice d'adaptation au milieu physique et social et tend à la rendre le plus consciente et le mieux contrôlée chez un individu engagé totalement dans chacun de ses actes moteurs. Aussi était-il logique que le concept de psychomotricité se muât en celui de « psychosociomotricité », selon l'expression d'un spécialiste d'éducation physique. Le domaine de la psychomotricité recouvre donc, en définitive, la totalité des fonctions concourant, d'une part, à l'élaboration, à la conduite et à l'ajustement des actes moteurs et, d'autre part, à la gouverne des dispositions et des attitudes corporelles, mises en rapport avec une situation spatio-temporelle et relationnelle dans sa signification affective et sociale ; il recouvre, en somme, toute la maîtrise du comportement.

CHAPITRE 05 : rééducation et psychomotricité : l'apport des précurseurs :

Presque toutes les méthodes s'inspirent du travail d'E. Guilmain (2). Il a établi un bilan remarquable dont presque tous les rééducateurs se servent encore. Il ne s'est pas seulement contenté de proposer des épreuves permettant de tester le sujet mais il a précisé l'évolution des fonctions d'activité chez l'enfant de 4 à 12 ans et suscité des procédés permettant la rééducation. Il s'est entouré de collaborateurs professeurs d'éducation physique dont Yves Camus champion olympique. Edouard Guilmain, directeur d'une école de la ville de Paris avec classes de perfectionnement et disciples de Wallon, a donné son nom à un *Essai de tests moteurs pour enfants d'âge scolaire* qu'il publia en 1931, année durant laquelle fut publiée, en russe, *L'échelle métrique pour la recherche de la capacité motrice chez l'enfant* d'Ozeretski. Dans son second livre : *Fonctions psychomotrices et troubles du comportement* publié en 1935 et préfacé par l'auteur des *Origines du caractère chez l'enfant* dont il s'inspira essentiellement, il tenta de définir « une méthode d'examen direct découvrant le fond même dont les actes sont la conséquence ». En effet, la distinction généralement faite pour rechercher chez l'enfant, d'une part, son retard intellectuel et, d'autre part, ses

1- LE BOULCH (1971) : *Vers une science du mouvement humain*, E.S.F., Paris. Ibid. : *sport éducatif*, 1989

1- GUILMAIN E., GUILMAIN G. (1971) : *L'activité psychomotrice de l'enfant. Son évolution de la naissance à 12 ans, tests d'âge moteur et tests psychomoteurs*, Paris, Librairie médicale Vigné,

troubles du caractère est arbitraire. Dans tout individu, l'intelligence, le caractère, l'équilibre physiologique concourent à former le psychisme et toute altération de l'une de ses composantes retentit inévitablement sur son ensemble.

Guilmain souligne le rôle de premier plan joué par la motricité dans les problèmes de caractère et dans le comportement social de l'enfant. C'est ainsi, «que le raide moteur est d'amour-propre susceptible, le mou est indifférent, le souple s'adapte plus facilement aux influences du milieu, le maladroit est irritable ; l'insécurité de l'équilibre s'accompagne de craintivité ; raideur, maladresse et rapidité associées sont source d'impulsivité, de colère... ».

La seule méthode couramment employée pour juger de l'inadaptation sociale d'un enfant reste l'interrogatoire de la famille et du sujet concerné. S'appuyant sur des études faites récemment sur les fonctions d'activités et l'émotivité chez l'enfant, l'auteur postule que le soubassement du comportement d'un individu est constitué par la combinaison de son activité posturale, de son activité de relation et de son activité intellectuelle. L'examen qu'il propose sous le titre de tests psychomoteurs est un essai d'examen direct de ces fonctions d'activités :

- activité posturale : épreuve de maintien et de souplesse d'une attitude et épreuve d'équilibre statique et dynamique ;
- activité de relation : épreuves de coordination motrice destinées à juger de l'acquisition d'automatismes corrects et épreuves de souplesse et d'adresse ;
- activité intellectuelle : épreuves de rythme, de mouvements dissymétriques, asymétriques et contrariés.

La classification des différentes observations recueillies au terme de l'examen permet de dégager les caractéristiques des fonctions psychomotrices du sujet et de mettre en évidence la fonction dont la prépondérance, la débilité ou le trouble sont capables de déterminer une anomalie du comportement. Pour chacune des épreuves retenues, il a pu être établi l'âge normal d'exécution correcte et procédé à un étalonnage. Ainsi a-t-il été possible de rechercher des corrélations psychomotrices chez des enfants n'ayant aucune maladie nettement définie, mais dont les troubles du caractère, l'inadaptation sociale font penser à une constitution particulière.

En 1948, après avoir pris connaissance, par l'intermédiaire du Dr Decroly, des tests de motricité générale d'Ozeretski déjà utilisés en France par l'équipe du Pr Heuyer, Guilmain, dans son livre : *Tests moteurs et tests psychomoteurs*, publie un réétalonnage des tests élaborés à l'aide d'expériences faites sur des enfants d'écoles primaires, intellectuellement normaux. En fait, cette révision de

l'étalonnage des tests d'Ozeretski date de 1939, mais, à cette époque, sachant que celui-ci travaillait à une révision de son échelle, Guilmain hésita à la publier. Ce n'est qu'après avoir appris la mort d'Ozeretski en 1940, sans qu'un nouvel étalonnage ait été publié, qu'il se crut autorisé à en publier la révision à partir d'épreuves convenablement choisies en vue de déterminer un niveau de développement.

Ozeretski employait le mot *Psychomotorik* pour désigner l'étude des fonctions motrices supérieures réalisées par le système pyramidal, extrapyramidal et frontal plus ou moins intimement liées avec l'activité nerveuse supérieure par opposition au système nerveux médullaire et périphérique. Ses tests aboutissaient à la détermination d'un âge moteur, mais ne permettaient pas de dégager un type de comportement moteur capable d'établir des relations entre le comportement moteur et le comportement psychosocial. Bien que préoccupé par l'étude des rapports entre la motricité et le caractère, ce n'est pas directement de l'examen moteur que découlait cette étude puisqu'il comparait, chez les mêmes sujets, l'âge moteur obtenu avec ses tests et le type de caractère déterminé d'après les études de Kretschmer sur le « corps et le caractère ».

Guilmain se propose donc de réserver le terme de « tests moteurs » à toutes les batteries de tests qui aboutissent à la détermination d'un âge moteur et utilisent des tests de niveau, c'est-à-dire caractéristiques d'un âge. Il propose, au contraire, le terme de « tests psychomoteurs » pour toutes batteries de tests du type de celle publiée en 1931 et permettant de déterminer non plus un âge moteur, mais un type de comportement moteur et, en même temps, les bases essentielles du comportement psychologique d'un individu, ces deux aspects du comportement étant étroitement associés. Il explique ainsi le bien-fondé de cette distinction : « Dès qu'il y a chez l'enfant prise de conscience, dès qu'on observe une réaction adaptée à un ordre, on peut dire que cette réaction est psychomotrice, c'est-à-dire que l'enfant réagit avec tout son psychisme – intelligence et affectivité comprises – et non pas seulement avec ses muscles ; par contre, un test qui ne nous permet d'apprécier que la précision ou la rapidité d'un geste est simplement moteur ». L'examen porte donc sur l'appréciation non plus quantitative, mais qualitative des composantes motrices telles que les distinguent les recherches anatomiques, physiologiques, pathologiques et génétiques sur la neuromotricité.

Après la publication 1954 de la thèse de médecine du Dr Geneviève Guilmain, sa fille, sous le titre : *Contribution à l'étude de l'adresse chez l'enfant*, Guilmain poursuit une retraite active, travaillant en collaboration avec elle à la rédaction de *L'activité psychomotrice de l'enfant*. Publié en 1971, cet

ouvrage, prenant compte l'évolution des vingt dernières années dans le domaine de la psychomotricité, se veut à la fois une réactualisation et la suite de ses précédents livres. Après avoir établi un bilan psychomoteur de l'activité motrice, les auteurs s'attachent à préciser l'évolution des fonctions d'activités chez l'enfant de 4 à 12 ans :

- extensibilité passive des membres supérieurs et inférieurs, souplesse dans l'attitude et les mouvements ;
- maintien d'attitudes, équilibre dans les mouvements et réactivité statique ;
- indépendance des groupes musculaires de la face et des membres, coordination dans les mouvements simultanés de la face et des membres, adaptation à un instrument, à la rapidité, à l'effort, à l'espace proche et lointain, au temps, au schéma corporel et initiative motrice.

Ils reprennent enfin l'étalonnage des tests d'âge moteur d'Ozeretski adaptés à des enfants français et la publication des tests moteurs et psychomoteurs en établissant leurs relations avec les différents types de caractère.

Ayant bénéficié du concours des enseignants d'éducation physique, Guilmain reconnaît la place prise par ces derniers dans l'extension de la notion de psychomotricité, la pédagogie « normale » ayant repris le plus souvent les techniques initialement conçues par la pédagogie « spéciale ». S'étant révélé un précurseur pour tous ceux qui se réclament aujourd'hui de la psychomotricité comme science redonnant au mouvement sa signification psychologique, il ouvre à nouveau la voie à d'autres champs de recherche capables de vérifier et de compléter les conclusions de ses études.

1-Méthode Romain et éducation psychomotrice :

Principes directeurs :

La méthodologie la plus courante, et à nos yeux la plus contestable, semble subordonner l'approche psychomotrice à une sorte de découpage des étapes du développement psychomoteur idéal de l'être humain. Comparant les étapes théoriques du développement psychomoteur normal aux étapes manquées par le sujet redevable d'une thérapie, on en vient à tenter de « boucher les trous apparents ». A des syncinésies et paratonies on opposera des exercices spécifiques de coordination, à des latéralités mal établies on opposera des exercices spécifiques de latéralisation, à des troubles de structuration spatiale des agencements d'espace, à des blocages moteurs des exercices de libération, etc.

A l'inverse, la tentation psychothérapique est grande. Ne considérant plus les perturbations somatiques qu'en tant que symptômes les plus objectifs d'une pathogénie d'ordre psychique, certains n'hésiteront pas à se retourner vers la psychologie clinique et les traitements à contenu verbal prédominant, escomptant une amélioration globale qui atteindrait aussi l'aspect psychomoteur.

La méthode Romain propose une toute autre approche de ce qu'il est convenu d'appeler « psychomotricité », puisque constamment fondée sur la relation entre expérience et comportement.

La nature de cette relation n'étant pas objectivable, la sémiologie classique bute sur ce problème, ou plus généralement l'esquive. Est-ce à dire qu'il faille se contenter d'un empirisme thérapeutique ? Nous ne le pensons pas.

Depuis de nombreuses années, Simone Romain a axé sa recherche sur la constatation suivante, à savoir que le lieu exclusif de cette relation c'est précisément le sujet lui-même.

C'est pourquoi le fondement même de notre méthode se situe délibérément au-delà des querelles opposant encore les tenants d'une explication, physiologique directe, aux phénoménologues pour qui l'analyse du comportement sera toujours primordiale.

L'axe déterminant de notre travail est donc le primat du sujet, en tant que lieu privilégié de sa propre expérience. Entreprise de désaliénation si l'on veut, la méthode Romain propose tout un travail d'ordre cénesthésique à vivre sur un mode délibérément expérientiel, visant à l'éveil fondamental du sujet.

Cette recherche très rigoureuse d'authenticité nous conduit à ne privilégier aucune des spécificités propres à l'être humain mais au contraire à appréhender celui-ci dans sa globalité la plus exacte. Le travail proposé sera donc non sectoriel, aux antipodes de tout dressage, voire même de tout apprentissage.

Par cette présence à soi-même que nous cherchons à obtenir, doit se faire en fin de compte l'adéquation du sujet et de ses propres efférences. Si l'on vise à des acquisitions, ces dernières ne se feront en quelque sorte que d'elles-mêmes, comme par retombées.

2-Pédagogie:

A considérer l'ensemble des afférences que reçoit un organisme humain, les efférences créées ne sauront authentiquement personnelles que dans la mesure où le sujet les aura conduites lui-même. Inauthentiques, inintéressantes

également, chez le sujet qui aura « appris » ses propres réactions, souvent de façon médiate, et plus ou moins mécaniquement.

Dans un premier temps, il s'agira donc, comme l'écrit Simone Romain (in *Compte rendu de l'expérience d'Angers*, juillet 1967) (1), « d'éveiller la possibilité de percevoir les stimuli extérieurs et de favoriser ainsi la relation qui permettra de donner des réponses motrices aussi adaptées que possible, c'est-à-dire conduites exclusivement par le sujet lui-même ».

Trois principes, extrêmement liés les uns aux autres, sous-entendent notre pédagogie :

- travail de l'attitude d'attention ;
- travail de la relation ;
- travail de la disponibilité.

Par le travail sur l'attitude d'attention, nous entendons amener le sujet à un triple éveil : mental, moteur, affectif. Par cette approche le sujet vit une forme de tension souvent nouvelle pour lui, l'amenant, dans bien des cas, à une véritable découverte de son propre tonus de base.

Par le travail sur la relation, nous cherchons à faire naître un tonus d'attitude, générateurs d'ajustements dynamiques : ajustement à la double présence de l'éducateur et du groupe, ajustement à la tâche, ajustement enfin à soi-même.

Et c'est en fin de compte par un travail de disponibilité que nous mènerons le sujet à une forme particulière de vigilance, sans laquelle ce dernier ne pourra jamais parvenir à une autonomie réelle.

1- RAMAIN S. (1967) : *Conduite de soi et progrès humain*, Paris.
- *Compte rendu de l'expérience d'Angers*, 1969.

3- Jean Dublineau par Suzanne Masson :

Jean Dublineau (1900-1975), né à Tunis, fut externe des hôpitaux de Paris en 1920, et fut reçu premier au concours de l'internat de l'Assistance publique en 1924. Il fut nommé médecin des hôpitaux psychiatriques en 1937 et exerça à Ville-Evrard de 1930 à sa retraite.

Unissant une connaissance approfondie de la clinique et une formation scientifique très poussée, il fit de nombreux travaux et s'intéressa en particulier à l'étude et à la rééducation de la psychomotricité.

A l'Institut physique que dirigeait Chailley-Bert il réalisa ses expériences sur le conditionnement et dirigea lui-même pendant des années les séances de rééducation des enfants qui lui furent confiés par sa méthode à base de conditionnelle. Les résultats qu'il obtint furent excellents. Il fut encouragé d'ailleurs dans cette voie par Heuyer qui avait créé dans son service un laboratoire d'Etude du Conditionnement dirigé par Lelord et souhaitait voir utiliser cet apport en rééducation, auquel il associait des rééducations à base de rythme dirigées par Weidmann et Degh et des psychothérapies confiées à Leibovici.

Tous deux furent donc à l'origine de la création d'une formation de psychomotriciens et montrèrent pratiquement tout l'intérêt de la rééducation psychomotrice pouvait présenter. Jean Dublineau avait une expérience exceptionnelle, sa profonde honnêteté, sa rigueur scientifique alliées à un extraordinaire humour et une très grande disponibilité rendent encore plus exceptionnelle la grande leçon qu'il a donnée et qui devrait inspirer tous ceux qui lui ont succédé. Il savait tout, et tout est dit dans ses travaux et publications, la grande synthèse qu'il songeait faire aurait été le livre clé de l'étude de la psychomotricité et de sa rééducation.

Il s'intéressa en particulier au développement psychomoteur et à ses rapports avec les problèmes typologiques. Il précisa ses idées au Congrès international d'Anthropologie différentielle en 1950.

« L'individu évolue ; il change à mesure qu'il évolue. Toutes les typologies se sont renforcées de trouver dans l'évolution générale une justification de leurs bases, mais celle-ci ne peut rendre compte de tout, d'autres lois la dépassent, plus générales, qui imposent la nécessité d'un point de vue cosmologique ».

On peut se représenter les types comme l'expression de déviations fixées à leur stade maximal : fixation génétique qui leur assure un certain degré de transmission ; fixation phénotypique sous l'influence des circonstances de la vie.

Il rappelle les grands rythmes de la maturation, évolution qui se fait par poussées étant l'expression du discontinu qui favorise l'évolution.

« Dans la série des poussées qui s'échelonnent au cours de la vie on observe des faits d'importance variable. Les poussées sont plus ou moins violentes. Les unes mettent en jeu l'ensemble de l'économie qu'elles bouleversent profondément. D'autres, moins importantes, mettent en jeu (au moins en apparence) des forces limitées tantôt d'ordre moteur, tantôt émotionnel, tantôt dans les deux plans, soit organique, soit psychique à orientation personnelle ou extérieure. Dans tous les cas cependant, sous formules diverses, ces différents aspects se retrouvent au cours de la poussée. Mais tout se passe comme si l'énergie de la poussée ne s'engageait que par secteurs évitant ainsi d'épuiser l'individu ».

Une approche des problèmes de relation entre l'inné et l'acquis est proposée par Dublineau qui constate l'état d'interdépendance qui allie à la maturation génotypique les gauchissements phénotypiques. Il pense que le stress de Selye doit être considéré comme un cas particulier du problème général de l'adaptation. En effet la maturation obéit à un effort de l'affirmation de l'individu et le gauchissement phénotypique à des efforts d'adaptation. Dans l'un comme dans l'autre cas interviennent des processus d'activité et de réactivité.

Sur le plan de l'affirmation, réactivité émotionnelle aux instances motrices de la maturation, croissance et naissance.

Sur le plan de l'adaptation, réactivité motrice aux instances émotionnelles du milieu.

Sur le plan génotypique, activité ordonnée conforme aux impératifs du phylum et réactivité peu marquée dans l'ensemble mais se produisant en profondeur et comme tel aveugle, mal discernable, dangereuse en tant qu'elle peut fausser les réactions motrices du phénotype.

Sur le plan du phénotype, au contraire, activité sensorielle ouverte, mais réactivité imprévisible parce que non inscrite dans l'axe de l'évolution et faussée parfois au surplus par les réactions émotionnelles profondes du génotype.

« Cette différence entre les expressions se manifeste au particulier à l'occasion des « tropismes » de l'individu.

Dans les phases successives sont en effet impliqués des tropismes, lesquels posent le problème de l'espace dans l'évolution de l'individu : espace lui-même variable avec le temps, donc à étudier sur le plan évolutif ».

Dublineau définit quatre ordres de tropismes qui meuvent ou émeuvent l'individu : personnels, géographiques, sociaux, cosmiques.

Sur le plan génotypique se succéderont ainsi :

- du point de vue de l'espace moteur un temps d'intérêt personnel et d'exploration de soi, puis un besoin géographique est extensif de départ qui accroît l'aire du champ. Par la suite ce champ se contracte, se restreint à la recherche du partenaire sexuel, avant qu'une nouvelle expansion conduise l'individu à des investigations métaphysiques et finalitaires.

- du point de vue de l'espace émotionnel, d'abord endoceptivité, puis sentiment proprioceptif d'hypertrophie de moi avec soif de captations égotistes. Au-delà apparaît un stade de resserrement affectif, dans un moment intéroceptif de repliement et de sensibilité douloureuse à l'ambiance. Finalement un équilibre au sein du sujet avec syntonie à l'ambiance.

- *sur le plan phénotypique* les besoins de l'individu sont d'un autre ordre en raison de l'origine extérieure, ils sont liés plus intensément aux choses et aux gens. Se succédant ainsi sur le plan émotionnel : une orientation générale vers l'extéroceptivité (réflexe du : « Qu'est-ce que c'est ? » de PAVLOV) puis une expansion dans la différenciation de l'espace géographique, puis une phase de rétraction passionnelle et communautaire, suivie en définitive, dans une dernière phase, d'appétence vers une spiritualisation.

Quant aux réactions motrices, elles seront à type, dans un premier temps d'impulsivité, puis de conquête, de domination, suivi d'un temps d'arrêt, d'inhibition et de défense auquel succède une phase d'organisation et de rationalisation sociale.

Les différences entre l'orientation des tropismes dans l'aire des espaces « visibles » entraînent des conséquences morphologiques et, partant, des conséquences typologiques et Dublineau comme exemple l'évolution de l'adolescence.

a) La poussée débute par une phase de croissance qui assure au jeune un état de longitypie relative dans un climat moteur d'impulsivité et sur le plan émotionnel par une phase de contraction affective de type passionnel, c'est le type contracté.

b) Après ce premier stade de croissance s'organise, les contours musculaires se précisent, s'élargissent, il s'établit une brachétypie relative, stade d'activité agressive, de conquête du monde et sur le plan émotionnel une phase de sentimentalité et d'aspirations esthétiques, c'est le temps athléticoïde.

c) Troisième stade, au-delà de la seizième année, la croissance se liquide dans un double climat de faiblesse organique et de génitalité croissante, ce temps sexuel implique une faiblesse d'autant plus marquée que le sujet tant davantage vers la longitypie d'où poussée d'hypermotivité diffuse, c'est le type asthénicoïde.

d) Au-delà de la dix-huitième année les forces de l'individu reviennent, c'est le quatrième type, dilatation des formes dans un climat d'équilibre et d'expansion intellectuelle servie par une sensorialité et une socialité marquées, c'est l'état pycnoïde.

Ces différentes formes typologiques sont à peine perceptibles, elles se manifestent surtout à l'état de tendance. Pour que le type se dégage avec netteté il faut qu'interviennent, d'une part, l'accentuation de la tendance par les instances phénotypiques surajoutées, d'autre part, la fixation de ces tendances sous le double effet de l'hérédité et du milieu à travers les générations.

Dublineau a fait de nombreux travaux sur la typologie qui sont très intéressants car il a cherché à faire une synthèse des connaissances déjà acquises et à déterminer, compte tenu de la maturation et d'un certain nombre de types, des moyens objectifs d'étude du caractère, mais qu'entendre par caractère « les points de vue sont innombrables que dans un caractère on envisage l'angle moral, social, affectif, volitionnel, etc., force était donc de se limiter ; nous avons abordé l'étude du comportement affectivo-moteur dans des conditions d'observation déterminée ». C'est ainsi qu'il va tenter de déterminer des structures caractérielles fondamentales grâce à une étude réflexologique.

Il déterminera ainsi de grands traits de caractères susceptibles d'être confrontés aux tests classiques et permettant de catégoriser un certain nombre de sujets qui se rapprochent des résultats donnés par le questionnaire Woodworth-Mathews. Dans l'ensemble cette étude réflexologique du comportement psychomoteur offre l'avantage de fournir une réponse plus rapide que ne peut le faire une observation prolongée durant des mois.

Là où prédominera, du point de vue de comportement, une excitation à type de turbulence prédomineront en général aux tests de caractères les éléments de la zone émotionnelle : émotivité simple, psychasthénie, schizoïdie. Il est possible par une méthode motrice volontaire de donner une idée du degré de turbulence. Chez un sujet calme la réflexivité est peu intense avec courbe en plateau ou en dôme, elle tend à prendre un type en flèche plus ou moins important à mesure que le sujet tend vers l'excitabilité.

Chez certains impulsifs purs se retrouve d'autre part un phénomène particulier : l'excitation compensatrice sorte de décharge motrice au cours des essais de différenciation contre l'effort d'inhibition imposé, ce phénomène se retrouve également chez le sujet turbulent quand ce dernier associe à son excitation des manifestations impulsives. Il existe enfin des phases d'aréflexie

qui sont en rapport avec des états de calme plus ou moins pathologiques, asthéniques ou apathiques.

Un sujet à réactions modérées sans trouble marqué du rythme excito-inhibiteur, sans phase de silence moteur, avec régularité dans la différenciation et l'acquisition de nouveaux réflexes se rapproche du type normal.

Dublineau a pensé pouvoir individualiser deux types :

- *L'émotivo-moteur* centré du point de vue affectif sur l'émotivité et du point de vue moteur sur toute une gamme s'étalant de l'asthénie à la turbulence qu'il observe chez les sujets de contexture délicate ; elle s'accompagne de tendance à la dissociation, c'est l'instable vrai dont l'attention se limite au sujet superficiel.

- *L'instinctivo-moteur* centré sur des réactions motrices instinctives à type d'agressivité, ses réactions alternent parfois avec des phases de calme et de ralentissement, il s'agit de sujets à cénesthésie troublée, d'émotivité variable, ayant tendance à concentrer leur intelligence ou leur affectivité sur un point déterminé.

Dublineau continue à s'intéresser au schéma corporel : « Application à l'adulte psychopathe des techniques de rééducation active » ; « Tonus neuro-végétatif et facteurs typologiques » ; « Déséquilibre psychique et facteur hypo-adaptatif » ; « Dessin et sens spatial. Le goût du dessin chez les gauchers ».

Ensuite il publie toute une série de travaux sur le conditionnement :

- Etude du conditionnement moteur en fonction de la latéralisation (Dublineau, Honoré et Soboul).

- Etude typologique des variations de certains éléments électro-encéphalographiques en fonction de la latéralisation (Dublineau, Soboul, Kœchlin).

- Recherches sur le conditionnement psychomoteur en fonction de la latéralisation manuelle (Dublineau, Soboul, Honoré).

- Réflexologie conditionnelle expérimentale pédagogique de la dyslexie (Dublineau, Angelergues), 1956.

- Etude d'un cas de conditionnement psychomoteur avec observation de la dynamique simultanée des mains et des pieds (Dublineau, Soboul, Honoré, Didon), en 1957.

-Appareillage pour l'étude du conditionnement psychomoteur sur les quatre membres (Dublineau, Honoré, Soboul, Didon), en 1957.

-Rôle de l'inhibition conditionnelle sur l'orientation latérale et la focalisation des réactions ultérieures (Dublineau, Honoré, Didon), en 1958.

-Syncinésies, mouvements associés et latéralisation (Dublineau, Honoré, Didon), en 1958.

-Influence du conditionnement sur l'activité syncinétique de l'enfant, étudié en fonction de la latéralisation anatomique (Dublineau, Honoré, Didon), en 1959.

-Influence du conditionnement sur l'orientation du choix du membre pour une consigne motrice donnée (Dublineau, Honoré, Didon), en 1959.

-Recherches de typologie réflexologique.

-Etude du conditionnement et des réflexes conditionnels en psychiatrie infantile.

Cet énorme catalogue permet de mesurer l'immense expérience de Jean Dublineau et la qualité de la rééducation qu'il sera amené à proposer. Voici, exposée par Jean Dublineau, sa méthode de rééducation à bases conditionnelles.

4- Bases conditionnelles de la rééducation psychomotrice par le Dr Jean Dublineau :

4.I- Conditionnement psychomoteur et rééducation psychomotrice :

Quel que soit le type de déficients psychomoteurs, le problème est de pouvoir, par la rééducation, assurer les bases qui, par-delà l'exécution d'un geste, permettront aux fonctions mentales de s'exercer régulièrement. A ce titre, les principes réflexologiques du conditionnement sont de nature à fournir des éléments techniques valables.

Sur le plan théorique, ces principes se ramènent à ceci, qu'il s'agit moins, pour un sujet, d'agir à un signal donné, de se mettre d'abord, grâce à un « pré-signal » (excitant, conditionnel) « en situation d'agir » dans l'attente de ce signal (que la réflexologiste appelle dès lors l'excitant absolu). Si l'on maintient constant l'intervalle « pré-signal » et que l'on répète l'expérience, l'organisme s'habitue à l'*attente du signal*. Il se structure et s'assouplit en

conséquence. Tout se passe comme si se créaient en lui, par cette habitation, les voies premières sur lesquelles, plus tard, s'axeront les voies secondaires, bases des activités complexes.

Si l'exécution du geste met en jeu le sens *spatial* (force, adresse, etc.), sa préparation dans les termes, indiqués ci-dessus introduit la notion de *temps*. Sans doute l'exécution du geste demande-t-elle un certain temps, et l'on peut ainsi prétendre dissocier l'espace et le temps. Mais le temps doit s'organiser pour que le geste puisse s'y dérouler. Notre horloge intérieure doit apprendre à se régler pour que tous les « temps » du geste soient exécutés « dans le temps », et à « leur temps », or, c'est justement ce synchronisme temporo-spatial qui manque à la plupart des sujets que l'on doit rééduquer. Turbulents, instables, asthéniques ou impulsifs, tous agissent « contre temps ». C'est dire l'importance de techniques centrées sur l'apprentissage de la soumission au tempo. Le complexe temporo-spatial qu'implique l'exécution du geste sera d'autant plus homogène que le corps, assoupli par la technique conditionnelle, sera mieux préparé à cette exécution. L'intervalle « pré-signal », comme dans le : « Préparez -vous ! – Partez ! », ce qui compte, c'est la course. Chez le dysrythmique qu'on rééduque, l'intérêt est moins dans la course que dans le « travail » des conditions dans lesquelles le « Préparez-vous ! » sera suivi du « Partez ! ». Changer la durée de l'intervalle, changer le « Préparez-vous ! » pour autre chose, qui ne sera pas suivi du « Partez ! », etc., autant de modes d'approche techniques pour la rééducation.

Autre avantage de la méthode chez les sujets rigides, explosifs ou opposants, *elle permet l'abord indirect* qui, au lieu de heurter de front et susciter l'opposition, permet d'obtenir presque en dehors de la volonté par une patiente persévérance, ce que les sujets donneraient mal si l'on s'adressait à eux comme on s'adresse au premier venu.

4.2- Applications pratiques :

A/ Dès lors que l'exécution du geste, tout en demeurant essentielle, n'est plus le seul élément, mais seulement l'un des éléments, on comprend que la nature du geste dont on propose l'apprentissage perde un peu de son importance. Il est moins utile de savoir *quels gestes* on va travailler que de se demander *comment* on les fera préparer. Il y a des lois du conditionnement ; leur connaissance est nécessaire.

Pour ce qui est des *mouvements* eux-mêmes, il est facile de les puiser dans l'infinie diversité des « gymnastiques » respiratoires, des méthodes d'éducation ou de rééducation physique, des techniques d'éducation active des jeux éducatifs, voire sous des formes simples, de la musique, du folklore et de la

danse. Mais chaque mouvement sera repris dans une « optique » de conditionnement.

Pour *structurer* la leçon, la ligne directrice reste naturellement celle de la neurologie, les épreuves classiques de l'exploration neurologique pouvant elles-mêmes servir de thèmes d'exercices rééducatifs.

Pour le *schéma* de la leçon, il est commode de partir de la leçon d'éducation physique, mais en adaptant ses données aux impératifs psychomoteurs de la rééducation. Sans insister sur le détail de ces impératifs, nous en rappellerons trois :

- a) Le premier est d'ordre *vertébral*. L'inadapté pose souvent des problèmes à ce point de vue. Ses courbures vertébrales s'écartent volontiers de la moyenne, et ce, dans des termes dont la valeur typologique a un sens structural, et donc caractérologique. Sans justifier une rééducation de dimension kinésithérapique, ces nuances, avec leur dynamique, demandent qu'on leur fasse une place dans les préoccupations en matière d'exercices.
- b) Second impératif : le fait *sensori-moteur*. Le dysrythmique est un dyssensoriel. Il a des yeux pour ne pas voir, des oreilles pour ne pas entendre (et qui, de surplus, entendent souvent mal). Le tact, la sensibilité interne, tout cela demande à être sollicité, « excité », diversifié, en liaison avec les incidences motrices corrélatives.
- c) Enfin, un effort spatial sera porté sur le plan *verbal* : ce n'est pas le plus facile, il faut obtenir des sujets malhabiles au langage, bavards, taciturnes (parfois sigmatiques), qu'ils parlent et que leur verbe subisse la discipline conditionnelle. Le sujet dira à haute voix ce qu'il fait. Il le dira en agissant, solidarissant ainsi l'*acte* et la *pensée*.

B/ Compte tenu des divers impératifs, une *leçon* de rééducation psychomotrice se déroulera en plusieurs temps, sous le signe d'un « tempo » battu par le métronome durant la presque totalité de la leçon.

- a) dans un premier *temps*, exécuter d'abord couché, le sujet sera « mis en condition » par habitude aux combinaisons conditionnelles (par exemple, compter à haute voix au signal). Ce signal peut être un accord de piano, aussi bien qu'un claquement de mains.
Dans ce premier temps également, une recherche « relaxée » du repos assure la détente nécessaire au déroulement ultérieur de la leçon.

Alors commencent les exercices proprement dits : gestes simples, ou positions successivement « couché-dos », « couché-ventre », assis, debout (avec ou sans engins). Chaque mouvement est effectué de façon à éduquer les gnosies, les praxies, les prises de conscience du schéma corporel (en mettant en particulier l'accent sur la latéralité).

L'essentiel, dans tous les cas, est que le signal ne soit donné que deux, trois ou quatre secondes (chiffres donnés seulement à titre d'exemple) après le « pré-signal ». ce dernier peut être sonore (mélodie ou bruité), visuel (lumière, couleur, projection fixe ou filmée), mixte, etc.

- b) Dans un *second* temps, la leçon est axée sur des exercices sensori-moteurs : exécution de jeux éducatifs variés sur les indicatifs différents avec variations de durée de l'intervalle « présignal-signal », usage alterné de deux mains toujours sur le mode conditionnel.
- c) Enfin dans un *troisième* temps, le sujet est exercé à des conduites d'équilibre, de rythmes aux instruments, de maniements d'objets (haltères, cerceaux, balles, etc.).
- d) Entre ces divers exercices, des démarches sous toutes les formes plus ou moins complexifiées, avec exercices conditionnés intercurrents, permettent de varier la leçon et d'en rompre la monotonie.

C/ Une fois assurés les bases conditionnelles de la rééducation psychomotrice, il est loisible et même souhaitable d'aller plus loin. Les méthodes ne manquent pas, qui dépassent le mouvement conditionnel simple au profit d'autres plus complexes, et surtout plus libres, plus personnels, qu'il s'agisse d'activités motrices ou de diverses relaxations.

Mais ces méthodes ne prennent leur plein effet que sur un organisme rompu à l'apprentissage d'un espace-temps complexe par décomposition préalable, dans la mesure des possibilités techniques des fonctions d'espace et de temps. Au-delà encore, il est possible (et à nouveau souhaitable) de poursuivre la rééducation sur les plans esthétiques de la danse rythmique proprement dite. Sans doute une séquence musicale est-elle déjà en soi une combinaison conditionnelle, dans la mesure où une note s'entend qui fait prévoir la note suivante. Inversement, on peut soutenir que l'instauration d'une suite d'accords et de mélodies, comme cela se pratique dans la technique conditionnée avec piano, n'est qu'une « rythmique au ralenti ». Raison de plus à notre sens, puisque les deux ordres de faits se rejoignent pour assigner à chacun d'eux un ordre de succession dans le temps, la « rythmique au ralenti » du conditionnement préparant à terme la rythmique proprement dite.

Les principes développés ci-dessus ont fait l'objet d'une mise au point progressive au « Centre d'Hygiène éducative et de Rééducation psychomotrice » organisée 1, rue Lacretelle, Paris XV^e. Ce centre créé en 1938 sur l'initiative du Pr Heuyer dans le cadre de l'Institut d'Education physique (Pr Chailley-Bert), a orienté ses recherches sur les applications pratiques de la réflexologie à la rééducation psychomotrice.

Actuellement, grâce à la Direction de l'Enseignement de la Seine, il fonctionne comme « Centre médico-psychopédagogique » pour un secteur scolaire parisien. Ainsi peuvent s'y confronter les principes expérimentaux et les problèmes quotidiens de l'inadaptation familio-scolaire.

4.3- Modalités techniques par Jean et Marie-Aude Dublineau :

Sans insister sur les détails techniques, nous indiquerons en quelques mots comment s'organise, dans cette perspective, une leçon de rééducation psychomotrice.

1) Indications

Le caractère très général des buts de la méthode (savoir : la régulation de l'organisation temporo-spatiale du sujet) permet d'étendre le bénéfice de cette méthode à des catégories très diverses de sujets sans qu'on ait à prévoir d'autres modalités que celles liées à l'âge et au niveau intellectuel. Qu'il s'agisse de sujets turbulents ou passifs, l'apprentissage d'un temps moyen constitue le but général et l'organisation des équipes de travail peut s'effectuer sans trop tenir compte de la nature précise des troubles. La dysrythmie temporo-spatiale constituant l'essentiel de la plupart des inadaptations, une technique qui fait intervenir la régulation rythmique comme préoccupation essentielle a des chances de rencontrer l'un des problèmes les plus importants parmi ceux qui se posent à l'inadapté.

Néanmoins, il est vrai que, selon la nature des troubles, la « progression » des exercices devra varier, ainsi que la proportion, pour une leçon donnée, de ce qui revient à l'attitude, à l'adresse sensori-manuelle, etc.

2) Ordonnancement de la leçon

Puisqu'il y a un problème d'attitude et de maintien, la *relaxation* entrera en jeu dans les techniques, mais menée en relation étroite avec les exercices de contraction conditionnée. L'importance est moins dans la contraction ou la relaxation que dans le passage de l'une à l'autre et réciproquement.

CHAPITRE 06 : La rééducation des handicapés moteurs :

Les différentes approches entreprises dans la rééducation des enfants et adultes handicapés, physiquement diminués, ont connu une grande progression lors de ces dernières années. Différentes disciplines s'investissent davantage, à travers leurs études et les résultats de leurs recherches, dans cette direction. Révolu le temps où nous considérons la personne handicapée comme incapable de montrer ou de développer un potentiel physique adéquat, lui permettant de vivre son quotidien de façon autonome et responsable. Cette équation, souvent établie, entre dépendance / déficience physique est, actuellement, caduc du fait des efforts scientifiques développés pour rendre, au maximum leurs possibilités et capacités motrices performantes.

L'évolution en ces différents domaines laisse encore place à de nombreuses avancées aussi bien quantitativement que qualitativement. A titre d'exemple, nous pouvons citer le domaine de la chirurgie orthopédique et réparatrice et les prothèses fonctionnelles. L'intérêt est davantage accordé à la conservation de l'intégrité corporelle et sa fonctionnalité, après un traumatisme, en vue de lui permettre un investissement professionnel futur au regard du degré d'atteinte et du type de déficience. La chirurgie plus que d'autres spécialités voit son rôle capital et doit tenir compte des indications et des modalités lors de ces interventions liées à un contexte tout à fait particulier. Il est de même pour les offices responsables de l'installation des prothèses se substituant à un membre amputé ou dont l'usage est irrémédiablement perdu.

Pour un souci de performance dans la rééducation motrice et fonctionnelle l'intérêt se porte aussi sur la collaboration éclairée, active et confiante de l'intéressé, un rôle psychologique nécessaire et parfois déterminant dans l'implant d'une prothèse. Finalement, tout doit collaborer dans cette procédure, services médicaux et paramédicaux, services d'orientation et d'enseignement professionnel, services sociaux divers travaillant dans le cadre de la santé publique et des organismes chargés de l'emploi.

Les méthodes de rééducation cherchent à développer les fonctions restées saines même à un niveau primitif et pour atteindre cet objectif la collaboration active et responsable de l'intéressé est vivement sollicitée. En fait, toute thérapie utilise les phénomènes de régression pour désinhiber le sujet et favoriser la reprise de son évolution et toute rééducation réussie se traduit par un bénéfice thérapeutique plus important.

1- Rééducation des handicapés physiques :

La grande évolution dans les conceptions par rapport à l'approche de la problématique des diminués physiques dits handicapés moteurs ne laisse aucun doute dans les stratégies développées et adaptées à la condition sociale et économique de cette catégorie de personnes. Une batterie de lois avait marqué les législations qui, de la phase passive et compensatrice qu'elles revêtaient naguère, s'orientent vers une phase réparatrice et active, réhabilitation disaient certains, reconnaissance témoignaient les autres, un statut social reconnu aidant à la réintégration, tendant à s'approcher le plus possible à l'état où se trouvait le sujet avant l'apparition d'une pathologie ou d'une déficience suite à un traumatisme qui a laissé des séquelles ou qui est passé à la chronicité, ou s'est manifesté à la naissance (congénital).

1.1- La rééducation fonctionnelle :

La rééducation fonctionnelle est devenue une branche importante de la thérapeutique moderne. Elle doit son individualité aux malades auxquels elle s'adresse, à l'utilisation de techniques particulières et à l'intervention d'un personnel paramédical spécialisé.

C'est une thérapie médicale qui vise une réparation globale et possible, étalée dans le temps, des fonctions motrices du sujet atteint ou du malade à travers une batterie de techniques de rééducation s'appuyant sur des exercices passifs et /ou actifs de dynamisation motrice et corporelle. Elle peut prendre un caractère analytique quand elle aspire à récupérer la force d'un muscle ou d'un ensemble de muscles spécifiques et fonctionnels, en dehors de l'endroit déficient ou pathologique. Comme elle vise à réparer la fonction (mouvement, acte et geste) quotidienne, mettre un habit, s'asseoir, aller aux toilettes, etc.

Ses principales indications :

La rééducation fonctionnelle s'adresse à de nombreux cas : séquelles de maladies, d'accidents ou de blessures.

- Atteintes de l'appareil locomoteur : maladies neurologiques (hémipariés, paraplariés, tétra ou quadripariés), maladie de Parkinson, séquelles de comas traumatiques, poliomyélite antérieure aiguë, polynévrite, myopathie, infirmité motrice cérébrale ; maladies rhumatologiques (entre autres, lombalgies, maladie arthrosique, polyarthrite rhumatoïde, pelvispondylite rhumatismale) ; traumatologie : fractures, entorses, luxations, plaies des nerfs, lésions du plexus brachial, sections tendineuses, par exemple ; orthopédie dite froide : scoliose, chirurgie de la hanche (prothèse), chirurgie de la main rhumatismale, malformations du pied, par exemple ; brûlures, amputations.

- Pathologie respiratoire : les affections aiguës ou chroniques, qu'elles entraînent ou non le recours à des interventions chirurgicales, exigent un certain nombre d'exercices visant au meilleur contrôle de la sangle abdominale et à l'utilisation optimale du jeu diaphragmatique et permettant de diminuer l'encombrement respiratoire et augmenter la capacité vitale.

- Pathologie cardio-circulatoire : la thérapeutique de réadaptation s'adresse surtout aux coronariens, avec l'objectif essentiel de développer la circulation collatérale myocardique et de donner ainsi toute sa valeur fonctionnelle au muscle non infarcté ; elle est fondée sur des activités physiques sévèrement contrôlées et très progressivement graduées.

- Obstétrique même par l'intermédiaire de la gymnastique abdomino-pelvienne des accouchées ; et la préparation à l'accouchement « sans douleur » sera citée pour mémoire.

Le nombre des malades et des blessés justiciables d'une rééducation fonctionnelle est en augmentation constante du fait de l'accroissement de la durée de vie, des progrès de la réanimation et des soins après réanimation apportés aux grands handicapés, comme les tétraplégiques, qui ont une espérance de vie plus longue. Enfin la vie moderne de plus en plus mécanisée est responsable du nombre croissant des traumatisés. Il s'agit des accidents de la voie publique, des accidents du travail, qui, en dehors de ceux qui interviennent pendant le trajet, menacent surtout les membres supérieurs, et aussi des accidents du sport, dont les plus spectaculaires sont les tétraplégies pouvant survenir lors des plongeurs en piscine.

1.2- Massage et Kinésithérapie :

L'action thérapeutique du massage n'est pas négligeable. Il permet, en assurant une meilleure vascularisation, d'agir sur la trophicité musculaire, de réaliser une kinésithérapie active. Son action n'est cependant qu'éphémère, et lors d'une séance de rééducation, le massage, toujours agréablement ressenti par le malade, ne doit pas empiéter sur le temps de rééducation active qui, elle, a une portée durable.

La Kinésithérapie a pour but de redonner au malade une fonction articulaire et musculaire aussi satisfaisante que possible. Elle empêchera les raideurs et les déformations articulaires par la mobilisation active ou passive des articulations, par la mise en posture d'articulations enraidies, par l'utilisation d'attelles s'opposant aux déformations. Elle permet de donner au malade une meilleure utilisation de sa fonction musculaire. L'atrophie d'inaction, surtout fréquente lors d'immobilisation par fracture, est combattue par des contractions volontaires, mais actives. L'atrophie par atteinte neurogène périphérique est

traitée par des contractions actives. Dans l'atrophie par atteinte myogène, les muscles sont fatigables mais bénéficient largement d'un entretien dosé de leur activité. Dans les atteintes centrales (d'origine cérébrale), l'effecteur musculaire est intact ; c'est un trouble de la commande qui est en cause et c'est sur lui qu'il faut agir.

Cette rééducation musculaire se fait selon deux méthodes, *analytique* et *globale*, rejetant quelles que soient leurs modalités de détail, les anciens moyens de mécanothérapie passive pour les remplacer par des méthodes essentiellement actives, la mobilisation passive s'adressant uniquement aux amplitudes articulaires et devant absolument rester non traumatisante. La mobilisation active est dite active aidée, lorsque le Kinésithérapeute mobilise l'articulation en demandant au malade d'y associer une contraction musculaire.

La rééducation *analytique* se fait muscle par muscle, ou par groupe musculaire. Elle peut se faire contre résistance ou non. La rééducation musculaire *globale* utilise diverses synergies musculaires afin d'obtenir une meilleure contraction dans l'ensemble d'un membre. Ces méthodes globales ne sont pas sans risques, car elles créent parfois de nouveaux schémas moteurs non utilisables fonctionnellement. C'est, en effet, le geste fonctionnel (préhension, marche) qui doit rester le centre des préoccupations. L'utilisation de certains accessoires fixes ou mobiles (barres parallèles, espaliers, haltères, bicyclettes, poulies, entre autres) permet d'orienter et de doser plus précisément le travail musculaire effectué.

Massage et Kinésithérapie sont pratiqués par des auxiliaires médicaux formés par trois années d'études sanctionnées par un diplôme d'État. Placés sous autorité médicale et ne pouvant agir que sur prescription, ils sont tenus de se conformer aux indications du médecin. La formation de masseur-Kinésithérapeute constitue, pour certains aveugles, une conversion professionnelle recherchée par ces handicapés, bien qu'ils se trouvent parfois mal à l'aise pour appliquer les méthodes actives de Kinésithérapie, tandis que le massage constitue pour eux un domaine d'élection.

1.3- Agents physiques et chimiques :

En *hydrothérapie*, l'eau est utilisée comme source de chaleur ; le bain en eau tiède précédant la séance de rééducation facilite graduellement celle-ci. L'application du principe d'Archimède rend beaucoup plus aisée la rééducation en piscine de certains grands paralysés ou des poliomyélitiques dont les groupes musculaires sont particulièrement déficients. Le moyen idéal est de disposer d'une piscine adaptée pour la rééducation. Nous ne ferons que mentionner la

thalassothérapie (traitement par l'eau de mer) et la *crénothérapie* (traitement par les eaux minérales).

Les *méthodes électrothérapeutiques* peuvent viser à faciliter la localisation de certains composants médicamenteux dans une région anatomique définie (ionisation) ou à provoquer des effets de chaleur souvent recherchés (diathermie, infrarouges), ou des effets plus complexes (ultrasons). Les traitements excitomoteurs par application de courants continus (galvaniques), ou (alternatifs (faradiques), permettent, par référence aux données de l'électrodiagnostic, d'entretenir la fonction motrice des muscles paralysés.

L'emploi de ces moyens, fondés sur des techniques de codification parfois incertaine, avec des retentissements variables selon les sujets, est souvent confié à des spécialistes et nécessite toujours la plus extrême prudence.

Les *infiltrations* consistent en injections intra-articulaires ou périarticulaires d'anti-inflammatoires (substances du groupe cortisonique), dont la technique doit être minutieuse, afin d'éviter les dangers majeurs d'intolérance médicamenteuse, voire d'infection.

Divers médicaments ayant des effets antalgiques ou décontracturants sont employés en appoint à la rééducation fonctionnelle.

1.4- Ergothérapie et activité contrôlées :

L'*ergothérapie*, moins connue que la kinésithérapie, tient cependant une place essentielle en réadaptation fonctionnelle. Elle un réentraînement ou une adaptation aux gestes de la vie usuelle nécessaires au malade pour acquérir son indépendance. Il ne suffit pas de donner au malade une bonne force musculaire et des amplitudes articulaires correctes - ce à quoi recourt, d'ailleurs, l'ergothérapie -, mais il faut aussi lui réapprendre à utiliser sa main et son membre supérieur avec suffisamment de vitesse, de force et de coordination. Pour ce faire, l'ergothérapie doit être adaptée au handicap du malade, ce qui implique une appréciation minutieuse des lésions anatomiques et de leurs conséquences fonctionnelles. Cette évaluation des impossibilités, et surtout des possibilités restantes dont le développement est à la base du travail de rééducation, doit reposer sur des données aussi objectives que possible. On utilise, par exemple, une série de tests de préhension pour apprécier la vitesse, la qualité d'exécution et les compensations employées.

Le *travail en atelier* utilise un ensemble de techniques artisanales telles que la menuiserie, le modelage, le tissage, la peinture, la céramique, la vannerie, reluire. Il ne s'agit pas d'une simple activité récréative, mais bien d'un véritable

moyen de traitement, obéissant à des règles précises. Il importe de ne pas négliger les facteurs psychologiques et culturels, qui entrent en ligne de compte pour une bonne part. Les techniques utilisées sont nombreuses et varient selon les besoins et les habitudes de chaque département d'ergothérapie, la création de techniques particulières étant laissée à l'imagination de l'ergothérapeute, en fonction de chaque cas.

L'aspect attrayant, la possibilité d'aboutir à des réalisations utiles ou esthétiques, de développer l'esprit d'émulation sont autant de critères qui doivent entrer dans le choix des techniques.

L'entraînement aux activités de la vie quotidienne est un des rôles essentiels de l'ergothérapeute. Il est capital pour les grands handicapés (hémiplésiques, paraplégiques, quadriplégiques), mais tient aussi une part très importante dans la rééducation des handicaps moins sévères (lésions traumatiques ou rhumatismales de la main, par exemple). Il consiste à passer en revue toutes les activités ordinaires de la vie et à entraîner le malade à les réaliser. Le début de la matinée est le moment le plus favorable, avec l'accumulation de la tâche de toilette, de petit déjeuner, d'habillage.

Le cas des gestes professionnels nécessite de la part de l'ergothérapeute une connaissance suffisante des divers métiers et postes de travail. L'acquisition de l'indépendance dans les gestes de tous les jours nécessite parfois des adaptations simples, appelées en France « aides techniques » ou « gadgets » comme aux États-Unis.

Voici quelques exemples de ces « aides techniques » valables dans différents handicaps : utilisation d'un système permettant à un hémiplésique de peler une pomme de terre avec une seule main au moyen d'une planchette percée d'un clou et maintenue par une ventouse sur le plan de travail ; pinces à long manche donnant la possibilité de ramasser des objets à terre, robinets, interrupteurs électriques, récepteurs de téléphone spéciaux, douches munies de contrôleurs de température et de récepteurs antidérapants, aménagement des baignoires et des toilettes. La fixation artisanale d'une potence au-dessus de son lit aidera un grand handicapé alité ; un simple plan incliné remplaçant quelques marches transformera les possibilités d'accès d'un logement. Des dispositifs beaucoup plus complexes permettront à des quadriplégiques de tourner les pages d'un livre, voire de se servir d'une machine à écrire.

Il faut y adjoindre toutes les modifications qu'on peut apporter aux automobiles pour qu'un paraplégique puisse les conduire.

L'adaptation au poste de travail est à rapprocher de l'ergothérapie et représente une phase parfois essentielle de la réinsertion sociale complète. Cette adaptation, qui peut bénéficier de l'aide officielle de l'État, est parfois possible à

moindres frais, mais elle se heurte souvent à des difficultés immobilières : largeur des portes, présence de quelques marches, impossibilité d'utiliser un ascenseur.

1.5- Moyens divers :

L'appareillage se développe et se perfectionne grâce à l'arrivée sur le marché de matériaux nouveaux, solides et légers, ainsi qu'à l'emploi généralisé de pièces standardisées, fabriquées en série et adaptables aisément, et à l'utilisation, dans les cas extrêmes, de dispositifs d'amplification électronique des influx nerveux neurologiques recueillis au niveau de la partie proximale du membre, ou de relais pneumatiques actionnés par la contraction des groupes musculaires restants. Ces prothèses de travail visent à être non seulement efficaces, simples et bien adaptées, mais encore être facilement acceptées sur le plan psychosocial par le porteur autant que par son entourage.

A ces prothèses destinées à remplacer un membre amputé, on adjoint les orthèses qui servent de support à un membre paralysé ou déformé, ainsi que les corsets, lombostats, minerves, chaussures orthopédiques et divers appareils plâtrés ou attelles de redressement.

Parmi les spécialités concourant à la rééducation, il faut encore faire place à des méthodes diverses, telles que : relaxation, dont l'emploi doit être parfois entouré d'une grande prudence pour ne pas détruire le schéma corporel fragilisé chez certains malades ; *orthophonie*, à laquelle il faudra recourir pour traiter les troubles de l'élocution et de la voix chez les amputés du larynx ou chez les malades atteints d'hémiplégie droite ; *rééducation de la psychomotricité*, technique en plein développement et utilisée surtout chez l'enfant ; *sport* (natation, basket, tir à l'arc chez les paraplégiques, voire équitation pour certains aveugles).

2- Rééducation orthoptique :

Des dispositions anatomiques congénitales, mais aussi des intoxications chroniques, des insuffisances endocriniennes, des fatigues prolongées peuvent être génératrices d'*hétérophorie*, c'est-à-dire du défaut de coordination dans la vision binoculaire, avec troubles de convergence et de strabisme.

La correction de tels troubles devra de toute évidence être orientée par la recherche de la pathologie causale et par son traitement général ou local. Elle fera intervenir un ensemble médical ou chirurgical, et d'optique « opticienne », complétées souvent par un entraînement physiologique. La prise en charge thérapeutique implique une collaboration de techniques étroite de

l'ophtalmologiste et de son auxiliaire qu'est l'orthoptiste, tant pour le diagnostic précis des troubles et la mesure de leur intensité que pour la conduite du traitement de l'état pathologique.

3- La rééducation professionnelle:

L'appréciation de chaque cas, l'élaboration des mesures chirurgicales ou médicales, des méthodes kinésithérapiques ou ergothérapiques, la recherche des prothèses ou orthèses les mieux appropriées ne saurait jamais être complètes que, tout le long de ce cheminement, les aspects de la vie professionnelle à venir n'aient été évoqués. Parfois la conservation à tout prix d'un doigt enraidie ou d'un membre supérieur entièrement paralysé et définitivement inutilisable (certaines élongations du plexus brachial survenant avec une particulière fréquence en cas de chute de motocyclette) cause des souffrances excessives et n'aboutit qu'à une gêne, sans amélioration réelle. Une amputation suivie de la pose d'une prothèse adaptée aux fonctions essentielles serait peut-être alors, malgré les apparences, un geste tout à fait positif. On trouve ici la notion globale de personnalité dont chaque médecin et auxiliaire paramédical doit tenir compte, le but final étant de remettre le malade dans son état d'équilibre antérieur, voire dans un état meilleur.

Cependant, malgré tous les efforts accomplis, il demeure parfois un handicap qui retentit sur les activités professionnelles. Dès qu'on peut prévoir que persistera un tel handicap, il importe de faire bénéficier le malade des possibilités ouvertes par le reclassement des personnes handicapées (en France, loi du 23 novembre 1957). Cette législation limite très précisément son champ d'application aux conséquences professionnelles et non au handicap lui-même. L'article premier de cette loi précise : « est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'acquies ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ». Ce libellé montre que c'est un bilan global de l'adaptation au travail d'un individu qui devra être pratiqué, et que tous les éléments devront intervenir dans cette appréciation. Le médecin étudiera donc le retentissement fonctionnel des troubles présentés par le blessé ou le malade et s'efforcera à déterminer les effets sur l'exercice du métier. Son rôle, cependant, sera loin de se borner à l'étude des difficultés ou des incapacités, ce qui convient à un expert appréciant un préjudice. L'essentiel, ici, sera, à l'inverse, de rechercher toutes les compensations et tous les développements que l'invalidé pourra tirer des *capacités restantes* du fait de ses ressources propres ou des compléments que pourront lui apporter les méthodes déjà décrites.

C'est ensuite que le psychomotricien interviendra, et ce à l'intérieur du cadre général tracé par le médecin. Ici encore, l'examen ne se limitera pas à l'application de tests, mais tendra à définir les caractéristiques générales de la personnalité du sujet et à établir un pronostic d'adaptation aux conditions nouvelles que lui impose son handicap. Le technicien examinera alors, en constante liaison avec l'intéressé, les options possibles. Il est extrêmement important de considérer que le handicapé doit se réinsérer dans un contexte social complexe, mouvant, et dont beaucoup d'éléments n'offrent aucune prise à son action, comme, par exemple les conditions économiques du moment. L'ensemble de ces différents facteurs doit cependant être apprécié, si l'on veut éviter une solution irréaliste. Reprenant et élargissant ses vues à l'ensemble des difficultés liées au handicap, la loi du 30 juin 1975 a institué dans chacun des départements français des commissions techniques d'orientation destinées à examiner les situations des enfants ou des adultes à problème.

De composition adaptée selon l'âge des demandeurs, les C.D.E.S. (Commission de l'éducation spéciale) ou Cotorep (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) rassemblent autour des responsables de l'emploi et de l'action sociale les techniciens essentiels ainsi que les représentants des groupes socio-économiques intéressés ; ces Commissions permettent par exemple aux accidentés du travail de recevoir des primes de fin de rééducation.

C'est cette commission qui formulera la recommandation la mieux adaptée pour une réinsertion stable. De plus, elle décidera de l'attribution des avantages adaptés à la condition du handicapé, comme la priorité d'emploi, à laquelle sont tenues les entreprises et les administrations (la loi de juillet 1987 oblige les entreprises de plus de 20 salariés à employer au moins 6 p.100 de personnes handicapées ou verser une contribution au fonds de développement pour leur insertion professionnelle), ou l'octroi de certaines primes de reclassement, ou encore de l'entrée dans un centre de travail protégé.

C'est seulement lorsqu'elle aura été concrètement réalisée cette réinsertion et que le malade aura pu y trouver la satisfaction de ses aspirations fondamentales que seront remplis les objectifs de la rééducation.

4- Rééducation et aide thérapeutique :

S'agissant de la rééducation et des moyens thérapeutiques mis au profit du handicapé moteur, ils sont multiples et variés et leur efficacité dépend, aussi bien, du type et de l'importance de l'usage. C'est pourquoi, nous tenons à les

aborder de façon succincte et présenter un canevas de techniques usités dans ce domaine.

4.1-La Kinésithérapie :

C'est une thérapie par le mouvement, son objectif est de permettre, par des mouvements négatifs et positifs, le travail sur les organes déficients du corps afin de les développer et récupérer leur mobilité.

Exemples de Kinésithérapie :

La kinésithérapie négative : elle est utilisée lorsque le malade est incapable d'accomplir des mouvements par sa propre volonté suite à une rigidité ou un handicap. Dans ce cas il s'agit de l'aider par des forces extérieures, action kinésithérapique, ou par l'usage d'une machine-mécanothérapie ou par le massage à la main ou par les ajustements de l'organe du corps par le biais du plâtre et la poulie thérapie.

La Mécanothérapie : c'est une variante de la kinésithérapie dans laquelle nous utilisons un appareillage et des outils pour rééduquer le membre déficient. Cet appareillage est de type Zander qui consiste à permettre le mouvement des articulations et leur rééducation. Cette forme de thérapie est considérée comme favorable pour le malade du fait qu'il peut accomplir :

- La thérapie par des mouvements actifs : ce qui peut être observé et se confirmer chez le malade lui-même lors des séances de travail, du fait qu'il accomplit des mouvements par le biais des attèles à degrés différents. La mission à pour objectif l'augmentation de l'effort et de la résistance aux mouvements.
- La thérapie par les mouvements négatifs : dans cette forme de thérapie tout effort du malade est quasiment éliminé. Il doit subir les exercices du fait de sa soumission à un appareillage électronique. La communication avec le corps ou les membres s'effectue sous forme de mouvements divers aider pour cela par des appareils de vibrations, par des outils de massage mécanique (vapeur, pâte) et différents autres outils créés pour stimuler toute forme de mouvements : aplatissement, courbement, plissement, allongement, mouvements circulaires, etc.

De nos jours, cette forme de thérapie est considérée comme négative et ancienne du fait de l'inefficacité des instruments utilisés, c'est pourquoi, elle fut remplacée par la poulie thérapie par l'usage de membres élévateurs et forces anti-résistance ainsi que par d'autres instruments permettant l'activation des mouvements inactifs. Comme, elle a été diagnostiquée comme étant néfaste, de

surcroît quand elle utilisée par des malades ou des thérapeutes qui manquent de savoir-faire et d'expérience quant à l'usage de ces techniques.

Les résultants peu encourageants fournis par ce type d'instrument se distinguent dans la faiblesse concernant l'évaluation précise de chaque mouvement, dans le dépassement du seuil de douleur atteint par le patient dans ses réactions de défense, l'incontrôlable relation entre le stimulus et les réponses, ce qui peut créer des problèmes au niveau des articulations. En plus de l'anxiété développée par certains patients vis-à-vis de ces instruments.

Ce type de thérapie a été progressivement abandonné, mis à part la technique du massage. Par contre, ce qui a été conservé se résume dans des instruments que peut manipuler et faire bouger le malade lui-même pendant que le thérapeute supervise les gestes qui complètent la poulie thérapie tels que les mouvements réalisés par intermittence.

La poulie thérapie : c'est une technique de rééducation qui permet la réalisation des mouvements faisant appel à une résistance progressive grâce à un système d'axe anti-pondéral.

La kinésithérapie positive : cette forme de thérapie peut se réaliser lorsque le patient effectue un mouvement à partir des efforts et de ses moyens personnels. Actuellement, c'est la forme de thérapie la plus utilisée dans le renouvellement des forces musculaires du patient et capacités fonctionnelles.

4.2- Types de techniques en kinésithérapie :

Il existe plusieurs types de techniques suffisamment employées dans le domaine de la rééducation des handicaps moteurs :

4.2.1- Méthode de LANG : étant le précurseur à avoir utilisé cette technique, il avait pu fusionner entre la gymnastique et la thérapie d'où la mise en place d'une thérapie fondée sur la gymnastique dont les bases scientifiques s'appuient sur l'exercice des mouvements corporels (gymnastique médicale).

* La gymnastique médicale : cette technique est destinée à la fois aux biens portants et aux malades. Lang (1776-1839) avait divisé son système en 04 formes de gymnastique :

- la gymnastique militaire
- la gymnastique esthétique
- la gymnastique pédagogique
- la gymnastique médicale

S'agissant de la quatrième catégorie, il s'appuie sur des règles physiologiques qui permettent des mouvements à partir d'une technique consistant à provoquer une contraction musculaire suite à des stimulations différentes douces ou provocantes qui ne sont pas dues au hasard et ne sont pas fatigantes pour le malade.

Les différentes formes de mouvements peuvent être utilisées comme thérapie médicale, tels que les mouvements inactifs, actifs, anti-résistant et les mouvements d'analyse d'un muscle ou d'un groupe de muscles ainsi que différents mouvements de contraction musculaire d'égale puissance et de même portée. Ce type de technique s'est bien introduit dans les différents domaines de la médecine notamment en orthopédie, relaxation psychomotrice, cardiologie, rhumatologie et endocrinologie.

4.2.2- La méthode d'HERBERT :

C'est de la gymnastique en plein air, où la personne est soumise à des exercices physiques naturels et bénéfiques, c'est aussi une technique pédagogique corporelle qui vise à atteindre un équilibre pour le corps. L'entraînement physique continu, sur un plan horizontal et distant, assure une santé physique et morale et une richesse pédagogique. Le canevas d'exercices a été adapté à toutes les catégories de malades pour leur conditionnement à l'effort exigé et leur rééducation.

4.2.3- La méthode de KLABB :

C'est une technique utilisée pour soigner les déformations de la colonne vertébrale qui se présente comme fondement thérapeutique pour les quadriplégies. La stimulation des mouvements provoqués lors de ces positions est très efficace parce que le corps reste symétrique au sol ce qui exclut tout mouvement défavorable pouvant exercer une pression sur la colonne vertébrale et donne plus de facilité pour la mobilité des membres du corps.

4.2.4- Les Techniques de relaxation :

Ce sont des techniques corporelles spécifiques à la relaxation des muscles lors de tension musculaire et qui sont relatives à des états psychologiques sollicitant le calme et la sérénité.

La relaxation est utilisée dans ces cas comme une thérapie qui cherche à atteindre un niveau de relâchement musculaire volontaire et dynamique qui est différent de celui constaté lors de l'excitation musculaire involontaire. Cette excitation est fortement diminuée et de façon très significative pendant la relaxation des muscles pour atteindre un seuil minimal. C'est ce qui pourrait être très bénéfique pour un sujet tendu ou malade (handicapé).

Cette opération peut se réaliser sous contrôle scientifique par l'enregistrement électrographique du potentiel musculaire lors de la variation de l'excitation

musculaire relative au changement de l'état psychologique. La relaxation générale des muscles s'obtient lorsque le stress psychologique diminue. C'est qui explique l'usage que font les spécialistes de cette technique éprouvée et aux vertus thérapeutiques certaines. La thérapie par le mouvement s'est nettement améliorée lors de ces dernières années notamment par rapport aux conditions de ses applications, de ses éléments, de son matériel et ses méthodes d'application.

5.2.5- La Kiné balnéothérapie :

Cette technique consiste à produire des exercices moteurs dans l'eau qui est différente de la thérapie dans les piscines. Le sujet est invité à produire des mouvements dans l'eau. L'eau est un élément qui empêche ou qui aide à les réaliser en fonction de buts fixés au préalable. Cette technique offre de bonnes vertus thérapeutiques dans les pathologies d'origine neurologique (poliomyélite) surtout au début du traitement, d'autant plus que l'eau permet la récupération des mouvements et la chaleur permet, aussi, une diminution significative de certaines douleurs par le relâchement d'un muscle tendu.

4.2.6- L'Ergothérapie :

C'est une autre forme de thérapie motrice par le travail (l'effort physique) qui vise à réaliser des mouvements ou des gestes sollicités au préalable.

4.2.7- Le Massage :

C'est un travail pratique par le massage à la main sur des surfaces du corps pour corriger ou traiter la maladie. De nos jours, le massage thérapeutique est considéré comme une technique de la thérapie motrice adaptée à de différents types de pathologies quand nous tenons compte des consignes et recommandations avancées.

4.3- Application de la Kinésithérapie :

- La Kinésithérapie en Orthopédie et Rhumatologie : cette forme de thérapie a été utilisée d'abord pour traiter des atteintes et des troubles liés à la colonne vertébrale, par la suite elle s'est étalée à toutes les atteintes du système locomoteur, aux atteintes motrices secondaires de certaines formes de paralysies, aux atteintes cérébrales, aux déformations congénitales et aux déformations de la cage thoracique et des membres du corps.

- La Kinésithérapie en Neurologie : elle s'applique à toutes les atteintes du système nerveux. Il est utilisé, dans ce cas, toutes les techniques dynamiques ou non pour la rééducation de la marche, la rééducation motrice et la rééducation fonctionnelle. Comme elle connaît, jusqu'à nos jours, un large usage chez les

enfants poliomyélitiques, dans les maladies de GUILAN et BARAIS, les atteintes cervicales et la paralysie due à une atteinte

Comme elle a donné de bons résultats dans plusieurs cas liés aux domaines suivants :

- les fractures des membres
- les problèmes respiratoires
- les maladies internes
- les maladies mentales (1).

CHAPITRE 07 : Aspects psychologiques dans la rééducation fonctionnelle :

Parler des aspects psychologiques dans la rééducation fonctionnelle n'est pas une tâche aisée. Il est à considérer un être humain dans une totalité pluridimensionnelle.

L'action est portée, ici en priorité, sur un corps, un corps dans une dynamique fonctionnelle. C'est un ensemble de composants neuro-anatomo-physiologiques, c'est moi, mon identité, ma personnalité. C'est plus qu'une somme ou combinaison ou combinaison d'éléments.

Ce concept d'unité dépasse le lien psyché et soma. L'individu est vu dans une globalité non dans un assemblage de versants.

La rééducation fonctionnelle a une valeur en soi. C'est une prise en charge spécifique de l'individu et permet un regard différent et sans cesse renouvelé.

Avant tout travail professionnel, il nous faut vivre quelques unes de nos dimensions professionnelles, les estimer et les réajuster aux situations du vécu collectif.

L'entraînement sur le corps propre est donc indispensable, encore fait-il trouver un juste équilibre dans cette implication et les situations qu'elle suscite pour les offrir à l'autre « demandeur de l'aide ».

Sans pratique personnelle, sans la mise en condition, si souvent mal comprise, une démarche thérapeutique révèle impossible

La place que nous accordons au corps nous interpelle, que faisons-nous de notre corps ? Pour nous même d'abord mais plus encore face et avec les personnes dont nous nous occupons.

1- Domart A., Bourneuf J., **Nouveau Larousse Médical**, Librairie Larousse, 17, Rue de Montparnasse, 75006, Paris ; pp. 555/556/613/87.

Il est vrai que nous nous situons au niveau de l'Être, nous ne pouvons qu'accorder une place considérable au faire et à l'avoir, ces niveaux restant intriqués et se réalisant profondément dans une démarche les sollicitant judicieusement. C'est dire d'ailleurs toute la place que nous donnons à l'agir.

Le verbal aussi prend ici toute sa place. A nous d'être à l'écoute, et de ne pas nous arrêter à l'apparence, de connaître chaque type de réaction afin d'aider l'autre « le malade » à devenir lui-même, à retrouver son corps.

D'un autre côté, le langage permet et facilite une intériorisation, un mieux être corporel, le développement ou plus encore le déblocage des potentialités humaines. La parole n'est que soutien, profondément, elle donne vie. Encore faut-il savoir l'utiliser et la comprendre en la restituant dans cette globalité d'approche de la personne que nous voulons mener. Il ne suffit pas de parler avec l'individu de ses problèmes ou difficultés ni de lui verbaliser notre compréhension de la situation. Bien plus importante demeure notre implication réelle, totale et profonde, associée à une prise de recul, ainsi que notre ouverture et partage, tant lors de la prise en charge que du travail en équipe, ou avec des personnes extérieures.

De nombreuses questions surgissent maintenant et il est essentiel d'en souligner quelques unes afin que notre travail s'approfondisse. Il ne s'agit nullement de les résoudre, la démarche serait plutôt inverse. Toutefois, elles doivent nous tirer en avant, nous apporter une réflexion, un développement voire une théorisation à partir de notre clinique. Prenons le temps, le temps d'un arrêt, d'une écoute, d'un questionnement, mais aussi le temps de souffler, de nous retrouver, d'être.

La première à apparaître : Quel est notre travail ? Que souhaitons-nous faire, vivre ? Que désirons-nous ?

Elle implique de situer d'abord par rapport à chaque patient (personne) pris dans le champ éducatif, rééducatif ou thérapeutique. Ce choix est primordial, car il exige un cadre et une forme de travail différents. A chacun d'en être conscient et de situer correctement son approche, d'autant que ce choix n'a nullement valeur de hiérarchie ou de supériorité. Un aspect fondamental sous-tend également cette question : la relation d'aide, de soins.

Nous sommes d'abord là pour les personnes prises en charge (qui ont des difficultés, des déficiences, des blocages ou retards), même si le plaisir et les retombées du travail sont partagés et réciproques entre les intervenants.

Nous œuvrons pour une évolution, un changement, un mieux, une réadaptation, voire une guérison. Parfois la structure familiale ou la dynamique institutionnelle nous limite considérablement. Cependant seuls, nous ne pouvons

travailler. N'est pas aussi ici découvrir une richesse à notre approche qui nous oblige à considérer l'individu dans sa globalité et non à ne voir que notre technique, spécificité professionnelle toute puissante ?

Notre clinique nous ramène toujours à la réalité et nous apporte des grâces particulières. Ainsi, certaines situations restent particulièrement marquantes. Telles que les interventions inopportunes de personnes étrangères, ou encore l'adhésion insuffisante du malade à la rééducation, et plus lorsque notre travail demande une implication à long terme sans pouvoir augurer des résultats.

Dans ces situations, nous sommes renvoyés certes à nous-mêmes mais surtout à notre approche thérapeutique en ce qu'elle implique, soulève chez l'autre, et exige de notre part, dans nos exemples, le respect d'autrui essentiel dans toute communication, est mis en valeur. Ne pas reconnaître l'autre dans et pour ce qu'il est, tel qu'il est, c'est l'annuler. Nous ne pouvons rien lui apporter.

Notre travail exige une implication personnelle. Quelle valeur lui donnons-nous ? Notre attitude en séance n'est pas dépendante de notre seul bon vouloir ou disposition du moment, boire ceux des malades. Un travail réel implique un suivi, une démarche cohérente, un projet thérapeutique et cadre de références précis. La spontanéité, l'initiative et le plaisir du rééducateur s'intègrent alors pleinement dans le travail. Le rééducateur ne joue pas, il reste, lui, le professionnel.

Savoir mettre fin à certaines pulsions, affects, réactions gestuelles personnelles n'apporte que profondeur à notre travail, non une négation de notre personne. Dès lors, notre disponibilité porte ses fruits. Dans ce contexte, le malade découvrira nos limites humaines et professionnelles, ce qui lui permettra d'entrer d'autant mieux dans sa thérapie. A nous de ne pas nous situer en maître, sur un piédestal inaccessible. Un cadre thérapeutique ne suffit pas pour qu'il y ait thérapie. Il faut nous donner les moyens de cette implication personnelle et d'une manière permanente.

Une nouvelle question se pose donc maintenant : pour nous, qu'est-ce que la réussite ? Seul est notre but : rayer les difficultés, permettre une libre expression ou extériorisation. C'est nous demander aussi quel malade sommes-nous prêts à suivre et sous quelle forme ? Ici les pressions extérieures joueront énormément. Il nous faudra donc être clair, simple, précis et ferme. Le bilan de rééducation trouve alors la place qui lui revient, si toutefois nous l'utilisons adéquatement, dans toute sa richesse. Bien sûr, il ne sera pas le seul élément de reprise. Nous travaillons avec des individus non sur eux ; l'incompatibilité de la

personnalité représente de ce fait la première contre-indication de prise en charge.

Nous travaillons aussi en équipe et dans une institution. Devrons-nous alors, et à tout pris et par n'importe quel moyen, obtenir une reconnaissance de notre profession ?

L'essentiel demeure ce que nous faisons, qui passe, comme nous l'avons vu, par ce que nous sommes.

Il nous faudra d'abord prendre la personne là où elle est, puis lui apporter ce dont elle a besoin au de sa personne, dans une perspective d'unité et de globalité.

C'est agir au niveau du corps dans une atmosphère sécurisante, valorisante et évolutive, sommes-nous prêts à nous engager ? Pouvons-nous accepter une remise en question personnelle, une ouverture sur nos propres concepts et valeurs ?

Une autre série d'interrogations se pose encore, de façon toute aussi essentielle. Elle recouvre tout ce qui, en nous, intrigue et nous dérange. Elle nous pousse à une réflexion approfondie sur l'Être humain, la Vie, la Société. Sachons au moins l'entendre et l'écouter et, donc, il est vrai de prendre quelques risques. C'est pour nous une mise en route, un temps de développement de notre travail, un temps pour nous arrêter. Laissons-nous, nous interpeller afin de préciser davantage l'importance de notre démarche et de notre engagement ainsi que les retombées et la richesse de notre profession. Si nous voulons travailler avec fécondité, il nous faut aller jusque-là.

CHAPITRE 08 : l'approche psychologique du handicap moteur :

L'idée d'entreprendre une étude consacrée à la psychologie des handicapés moteurs pourrait se justifier d'abord, par l'existence même de ces personnes.

Leur dénombrement exact n'a pu être réalisé en Algérie, malgré le chiffre avancé en 1981 et 1989 qui étaient respectivement de 1000.000 et de 1.500.000 et 1750.000 en 2007. Ce recensement se distingue par une irrégularité qui rend toute estimation proche de la réalité insuffisante voire impossible. Cela se complique davantage si nous tentons d'établir des approximations puisque nous ne disposons d'aucune source d'information soit sur le plan de la fréquence soit sur le plan des estimations médicales.

Il est temps de lancer, à notre sens, un appel pour toutes les structures qui s'intéressent de près ou de loin aux personnes handicapées pour qu'elles livrent chacune de son côté les données chiffrées ou estimées à travers les dossiers et les communiquer afin de rendre l'approche méthodologique et scientifique possible.

Dans le cas contraire, nous serons toujours soumis à l'ambiguïté qui bloque toutes les initiatives de recherche avec les conséquences que nous connaissons sur le plan éducation – formation - prise en charge et adaptation et/ou réadaptation des handicapés.

Nous pouvons déjà partir des évaluations médicales qui portent sur des effectifs observés lors de consultations au niveau des services de l'hôpital et des centres spécialisés, puis élargir cela au niveau des familles.

Dans le premier cas, il est à éviter le risque de surévaluation en généralisant à toute la population par rapport à certains services très spécialisés.

Dans le deuxième cas, l'imprécision des diagnostics, dans certains cas, la négligence ou l'hésitation des familles à signaler une personne handicapée à du personnel non hospitalier et de nombreux autres facteurs entraînent des sous évaluations certaines.

A côté de cela, nous ne saurons trop dire combien il existe des maladies autres que motrices (qui concernent une pathologie d'origine motrice) qui attestent une incidence importante des déficiences physiques durant l'enfance et

l'adolescence. Nous citons l'exemple des enfants asthmatiques, les jeunes tuberculeux pulmonaires et certaines maladies rhumatismales.

Il se trouve que beaucoup sinon la plupart des maladies sont invalidantes et nécessite une hospitalisation et/ou un suivi dans un centre spécialisé, très longs qui leur apporte les soins nécessaires et surtout exige l'instruction et l'éducation par des pratiques très élaborées.

C'est à partir de là que le contact avec le psychologue devient nécessaire et parfois capital.

« Faire connaître et chercher à savoir pourquoi et comment praticiens et chercheurs consacrent du temps et des efforts à ces enfants n'est donc pas moins légitime que dans le cas des autres enfants » (1).

L'intérêt des psychologues pour certains types de handicap physique a été dès le départ éveillé par un certain nombre de querelles théoriques.

Parmi ces dernières, nous relatons celle qui opposait Locke et Molyneux, Diderot et Cheseldon sur les relations espace et indices visuo – tactiles observées sur des enfants aveugles de naissance.

William James de son côté s'est penché dans ses travaux sur le problème des sourds notamment lors de ses applications en psychophysiologie de l'équilibration. Comme il s'est intéressé par les problèmes de communication chez les enfants sourds après leur démutisation ! Sa méthodologie d'approche se reposait sur les témoignages apportés par les sujets aux mêmes sur leurs expériences antérieures et leur accès au langage.

De l'autre côté, Ribot et Watson respectivement ont éclairé des situations qui relevaient des controverses opposant différents courants. Le premier établissait le lien entre gestes et langage avec insistance sur la mimogesticulation chez les sourds, le second étayait sa thèse à partir des gestes de Hellène Keller pendant ses rêves. Son hypothèse concernait l'organisation laryngée et la pensée – parole et mouvements intériorisés.

Le recours aux enfants sourds était une option privilégiée chez la plupart des chercheurs. Parmi eux, nous citons MAX qui fondait ses observations sur l'apport de techniques d'enregistrement de l'activité laryngée pendant des tâches diverses. Ceci, pour essayer d'améliorer d'une façon plus précise les données avancées par les behavioristes concernant la conscience.

Après la seconde guerre mondiale une relance de travaux et recherches a

1- **Bulletin de psychologie**, N° 310 Tome XXVII, Université de Paris, 1973 – 74, 5 – 9 –

permis de poser d'autres hypothèses et a ouvert de nouvelles perspectives dont l'essentiel nous est parvenu des recherches importantes sur la perception chez les enfants sourds et les infirmes moteurs cérébraux.

Aujourd'hui, plusieurs travaux s'intéressent aux problèmes que posent les handicapés avec cette nouvelle dimension de considérer le sujet infirme non seulement sur le plan de l'atteinte organique mais dans son développement cognitif, intellectuel, psychologique et social. L'effort est fait aussi vers la socialisation qui tend à occuper une place importante dans la prise en charge de l'enfant handicapé.

Ce qui est à remarquer et parer, à notre sens, digne d'être souligner est que les enfants handicapés physiques vivent, dans leur grande majorité, dans des conditions très difficiles ce qui complique davantage tout effort de rééducation scientifique fait dans ce sens et rend par conséquent tout espoir d'adaptation à la vie normale caduc.

Toutefois notre projet est de faire apparaître au moyen de techniques d'approche du handicapé notamment moteur, les possibilités réelles et concrètes fondées sur l'observation objective qui permettent une véritable prise en charge.

D'abord il faut dire que tout effort fait par les praticiens et qui demeure jusqu'à nos jours insuffisant, relevé de l'application de la psychologie à l'éducation. Pour que toute tentative scientifique destinée à la rééducation des handicapés moteurs réussisse ou en moins offre plus de chances aux sujets atteints à dépasser leurs difficultés, elle doit partir et là c'est très important d'un bilan exhaustif sur les possibilités actuelles et potentielles de la personne prise en charge ainsi que de ses impossibilités provisoires et définitives.

C'est à partir de ce seuil que nous introduisons comme facteur essentiel et partie intéressante dans le cadre de l'équipe soignante le rôle du psychologue dans sa contribution à cette tâche. Cette contribution repose essentiellement sur :

- La programmation des procédures de rééducation.
- L'élucidation des causes psychologiques de tout échec en rejet.
- L'orientation scolaire et professionnelle.

Cela ne peut se réaliser que s'il possède les capacités qu'exige une telle pratique qui reposent principalement sur son savoir (curiosité et connaissances théoriques), sur les précautions méthodologiques comme l'exige toute recherche et surtout ce fameux sens clinique. En réalité, il s'agit de connaître les spécificités individuelles et sociales à travers l'observation des comportements et de pouvoir les rattacher aux causes de la déficience physique. En dehors de la cause organique du handicap, il est nécessaire de tenir en compte les autres facteurs qui peuvent compliquer davantage la situation des handicapés tels que

les facteurs institutionnels ou encore des représentations culturelles relatives au handicap et qu'il convient de repérer telles qu'elles sont intériorisées par les sujets.

Nous ne cessons de dire que le champ d'intervention du psychologue ne se limite pas spécialement aux facteurs d'individuation mais il est important de l'étaler à un périmètre plus dynamique où la recherche permet de fixer ou mieux de cerner les causes, la nature et les degrés de la déficience. Il s'agit d'interroger les parents, les personnes vivant avec l'enfant sur l'époque de la survenue du handicap dans la vie de l'enfant, les pratiques et soins médicaux, les réactions familiales et les difficultés de communication les données sont souvent recueillies lors des premiers examens et observations.

Le psychologue actuellement connaît d'importantes difficultés par rapport à son intervention et aux moyens techniques qui lui permettent un examen correct.

Face à la variété de déficiences physiques il s'agit d'opter dès le départ pour une technique pertinente d'examen. L'adéquation des moyens d'observation aux exigences de la population «malades» ou déficiente se répercute inéluctablement sur l'interprétation des données recueillies.

Cette attitude d'approche méthodologique engage le psychologue dans ses interventions d'une manière totale et responsable. C'est un problème que nous pensons très important car il y va de la validité des résultats et de leur fiabilité.

L'option que prend toute intervention psychologique vise dans ses considérations l'évaluation des capacités réelles de l'enfant handicapé et les possibilités qui lui sont adéquates à dépasser sa situation. C'est pourquoi l'effort n'est pas fait uniquement vers le trouble mais tient compte de divers aspects telles la socialisation, l'affectivité, la mémoire et l'intelligence.

Ce qui veut dire d'un autre côté que le psychologue doit multiplier les moyens de son observation parce qu'il est appelé à situer l'enfant handicapé par rapport à des critères qui sont spécifiques de son développement et de leur pédagogie mais offrant aussi la possibilité de le situer vis-à-vis des enfants normaux.

Finalement ses conclusions permettent d'évaluer le programme d'éducation ou de rééducation et d'envisager l'insertion ou la réinsertion en milieu social normal.

Un autre thème important est la distinction des sous-groupes d'enfants à l'intérieur de catégories globales. Il arrive que l'on ne confonde pas chez les handicapés moteurs, les paralysés périphériques avec les infirmes moteurs cérébraux.

De même qu'il s'agit de distinguer dans les maladies chroniques entre les troubles d'origine biologique comme dans la tuberculose, les cardiopathies et ceux dont les troubles organiques sont probablement l'expression de perturbations affectives comme dans l'asthme.

Il s'agit d'aller vers des études plus spécialisées des sous-groupes d'enfants et d'articuler ces dernières à l'évolution des procédures pédagogiques adéquates aux sous-groupes.

Connaissant la grande mobilité de l'enfant sur le plan fonctionnel, affectif et social, il est intéressant de ne pas se maintenir dans des interprétations définitives et de laisser le champ aux possibilités de réajustement quand la nécessité se fait valoir.

En plus, il existe des affections dont l'évolution était fatale mais qui ne le sont plus ceci à modifier les représentations de la maladie et à motiver d'autres formes de traitement et de rééducation comme dans le diabète infantile.

Enfin, il est des situations où la remarque que le traitement chimiothérapie de la déficience est plus invalidant que celle-ci et risque d'entraîner des réactions provisoires ou définitives.

Ces préoccupations à côté de bien d'autres doivent animer des recherches, des débats et pourquoi pas des polémiques où la contribution du psychologue travaillant avec d'autres personnes doit aider à travers les solutions urgentes et combien nécessaires à cet ensemble de la population constitué de handicapés pour qu'ils vivent pleinement et surtout normalement.

1-Handicap moteur, aspects psychologiques :

Nous nous inspirons des travaux de Christine Champonnois (1) Psychologue, Psychothérapeute, CAMSP d'Auxerre, CMPP de Dijon pour cerner les aspects psychologiques dans l'approche du handicap moteur.

1.1-La personne handicapée : un sujet

Enfant ou adulte, porteur d'un handicap moteur avec ou sans troubles associés, la personne handicapée est un sujet qui partage notre humanité et s'insère dans la société où nous vivons. Si ses difficultés sont d'origine néonatale, telles les infirmités motrices d'origine cérébrale (IMOC), ou liées à des malformations congénitales ou encore à des maladies évolutives graves dès la petite enfance, nous nous intéresserons à la **naissance psychologique de ce sujet** : comment ce bébé va-t-il se construire comme sujet humain ? Pour lui, il ne s'agit pas de vivre avec son handicap, mais de se constituer comme sujet dans un corps " abîmé " .

1.2-De la naissance psychologique à la constitution du sujet :

1.2.1 : Altération dans le processus d'identification primaire :

1-Champonnois C. (1989) : **Groupe d'Aide Mutuelle, Groupe thérapeutique**. Sémaphores, n° 13-14.

L'enfant handicapé moteur va rencontrer des difficultés particulières dans cette expérience singulière qu'est la construction du sujet. Il va d'abord être confronté à une altération dans les premiers processus d'identification primaire. L'identification est un concept psychanalytique : il s'agit du processus psychologique par lequel le sujet se construit sur le modèle de l'autre. Freud définit l'identification primaire comme étant précoce, directe et immédiate, en lien avec les parents.

Quand nous faisons connaissance avec un nouveau-né, d'emblée nous savons que ce bébé appartient à l'espèce humaine, qu'il nous ressemble et qu'il va devenir un homme ou une femme comme nous. P.-C. Racamier (psychanalyste) dirait : *il est fait de la même pâte que nous*.

Mais si ce bébé présente des lésions du fonctionnement neuro-biologique et n'a pas les comportements d'attachement habituels (regards, sourires, succion...), notre regard va s'arrêter sur lui ou le fuir. Est interrogé alors le mode d'appartenance à l'espèce humaine. Comment cela se joue-t-il dans la relation mère-enfant ?

La mère assure la continuité temporelle des soins et des contacts, mais c'est l'espace psychique de **l'illusion et de la désillusion** qui fonde la naissance de soi et de l'Autre, du désir et de la pensée. Ce mécanisme de l'illusion, décrit par Winnicott (médecin anglais) en 1945, est le mécanisme psychique de base de l'identification primaire. L'illusion serait l'adéquation entre l'attente de l'enfant qui a besoin de quelque chose et la réponse de la mère qui comble ce besoin. La mère va maintenir pour le bébé un " environnement suffisamment bon ", qui lui permettra d'expérimenter son unité, la fiabilité de son fonctionnement psychique et sa continuité d'être au monde. L'enfant s'unifie en intégrant vécus corporels (la faim, le froid, le malaise...) et vécus psychiques (la peur, l'angoisse, le plaisir...) que les parents contiennent d'abord pour lui.

La mère, en transmettant l'illusion, lui en fournit en même temps le modèle. Petit à petit, la mère va s'adapter moins étroitement à l'enfant. Celui-ci s'accommodera de l'absence d'ajustement des réponses à ses besoins. Par exemple, il lui faudra attendre un peu le biberon, celui-ci ne sera pas là à l'instant précis où il a faim. C'est le processus de la **désillusion**, modèle psychique transmis aussi par la mère, qui permet l'accès à la différence moi/non-moi et à la différence des êtres. L'enfant poursuivra ensuite son développement par des identifications secondaires au moment de la période précœdipienne (par exemple, le petit garçon voudra être fort comme papa).

Le handicap introduit l'échec de l'illusion, car celle-ci suppose la réciprocité des échanges, le partage d'un même espace mental. Une maman très blessée par l'annonce du diagnostic, décontenancée par ce bébé, vivra une douloureuse

expérience : **à la place d'une réciprocité s'installe une altérité.** Cet enfant est différent, autre.

L'enfant handicapé, face à ces altérations, peut présenter divers troubles d'importance variable, suivant la nature de son handicap et le vécu particulier de celui-ci par sa famille : troubles dans l'identification, vécus primitifs non intégrés, troubles graves de l'intégration psyché-soma (se manifestant par : convulsions, épilepsie..), angoisses archaïques, angoisses de séparation, inhibitions, phobies, etc., entraînant des **surhandicaps** psychiques, pouvant recouvrir, dans les cas les plus graves : autisme, psychose, névrose ou troubles intellectuels divers.

1.2.2 : Altération dans la constitution du lien social :

L'enfant handicapé est confronté à une seconde altération dans la constitution du lien social. Freud a montré en 1914, dans ses études sur le narcissisme, que l'individu est à lui-même sa propre fin et en même temps " membre d'une chaîne à laquelle il est assujetti " .

L'enfant qui vient au monde prend place dans une société et une succession de générations. D'emblée, il est porteur d'une mission : assumer la continuité des générations (en donnant la vie à son tour) et de l'ensemble social (en trouvant une place active dans le groupe). Pour assurer cette continuité, l'ensemble social va l'investir et le soutenir. C'est ce que P. Aulagnier appelle le contrat narcissique. Quand par exemple les grands-parents racontent à l'enfant la famille avec les histoires mythiques des ancêtres, les idéaux, les valeurs, les renoncements, les silences... cela permet au petit de prendre place dans la chaîne reprenant à son compte ce discours.

Un handicap va bouleverser ceci en ce sens que l'enfant ne va plus – ou mal – bénéficier du soutien intergénérationnel. Des formations inconscientes se transmettent par les générations, notamment ce qui concerne la capacité à refouler, la formation de la conscience morale, les idéaux. L'enfant handicapé va présenter différentes failles dans ces domaines. Ainsi, il va difficilement sortir de sa toute- puissance (" tout m'est dû et tout de suite ") et d'un mode de pensée magique.

2- Le corps : le corps persécuteur :

L'enfant handicapé moteur, enfin, est confronté à un corps persécuteur. Ce corps réclame tous les soins, il occupe toute la place. Il oblige ainsi l'enfant à organiser une réalité qui l'envahit sans cesse douloureusement. Il est expérience de souffrance permanente, car il rappelle sans cesse sa présence comme limite irréductible.

Une réflexion toute particulière s'est menée depuis une dizaine d'années autour des tout-petits, notamment sur la construction du Moi corporel. Il faut bien connaître les troubles neurologiques et la nature des déficits de l'enfant handicapé pour comprendre leur gêne, mais leur développement psychologique est le même que celui de tout autre enfant, bien qu'il soit plus lent. L'attention à porter à la construction du Moi corporel intriquée dans les liens relationnels est très importante, surtout dans la petite enfance, afin de prévenir au maximum toute surcharge psychiatrique ultérieure. Toute technique rééducative devra s'appuyer sur le partage émotionnel avec le tout-petit.

3-Construction du Moi corporel :

Le Moi corporel va se construire en plusieurs temps (je résumerai ici essentiellement les travaux de G. Haag) (1):

3.1-Un premier sentiment d'enveloppe:

Le bébé dans les bras de sa mère perçoit à la fois le contact de la peau,

le soutien du dos et l'échange visuel... Cette perception serait la première enveloppe psychologique. Le bébé semble percevoir qu'il envoie des " choses " (excitation, émotion...) qui sont reçues ou non dans la tête de l'autre. Dans l'échange avec le tout-petit, la mère ajuste sa réponse à la fois dans la façon de le tenir, de lui parler, de lui sourire, manifestant la compréhension qu'elle a de l'état émotionnel ou corporel de son enfant. Il se fait alors pour le bébé une espèce de compréhension de la réponse, comme une boucle de retour.

Quand on tient un bébé handicapé dans ses bras, on est frappé par la difficulté du dialogue tonique, confronté, par exemple, à l'étrangeté de la raideur d'un enfant IMC ou au contraire à l'absence de tonicité des jambes de l'enfant paraplégique traumatique. La réponse corporelle de l'adulte n'est pas aussi immédiate qu'avec un bébé sans handicap moteur. Il y a donc pour les parents, et particulièrement la mère, obstacle à répondre dans sa tenue posturale ou son mouvement au message de l'enfant.

Il faut parler ici de la demande faite par le monde médical aux parents pour qu'ils assument un certain nombre de tâches médicalisées (sondage urinaire, désencombrement pulmonaire...). En proposant ces dernières, les médecins

1-Haag G. (1985) : **La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps**. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 33 (2-3) 107-114.

expriment le souhait de maintenir au mieux le lien mère-bébé. Mais si ces tâches peuvent être réalisées sur un temps très court quand l'enfant va guérir, il n'en est pas de même quand il s'agit d'une conséquence d'une lésion et que le handicap est définitif. Il paraît souhaitable que les familles soient toujours aidées dans ces domaines par des professionnels.

Ainsi, Mme J. explique, trois ans après, comment, pour désencombrer son enfant, elle a dû faire taire en elle toute écoute de la souffrance de son fils, sinon elle n'aurait pu mener sa tâche à bien. Loïc, son fils, a dû rester perdu dans sa solitude, son vécu d'étouffement, d'intrusion et de douleur. Il présente aujourd'hui des troubles graves de type autistique. On peut en effet rencontrer des réactions autistiques (refus du regard, agrippement sensoriel) chez l'enfant handicapé. L'autisme peut survenir dans différentes situations. Par exemple, en tant que réaction à une atteinte cérébrale ou à un déficit sensoriel, aussi bien que comme réaction à une situation traumatique qui paraît menacer corps et âme (F. Tustin, 1992). (1)

Quand le sentiment d'enveloppe se construit, le bébé peut sucer son pouce ou ses doigts et jouer avec ses membres. Les angoisses corporelles du nouveau-né normal persistent chez l'enfant qui n'a pas construit cette enveloppe. Ainsi, certains enfants ne peuvent supporter d'être dénudés pour le bain. Bien des réactions incompréhensibles d'enfants hurlant ou refusant des rééducations sont à entendre dans ce registre.

3.2- L'articulation des deux moitiés du corps autour de l'axe vertébral:

Dans le développement normal, l'image du corps se construit progressivement de la tête aux pieds. D'abord, la tête se dégage, puis le haut du corps, avec les jeux de mains entre deux et cinq mois. L'attraction par le regard provoque un vécu corporel lié à la colonne vertébrale et au redressement. L'élan est donné par les relations. La jonction des deux côtés du corps va renforcer ce sentiment d'attache à la mère.

Chez les enfants hémiplésiques, il y a plus ou moins insensibilité de l'hémicorps atteint. Mais il y a souvent une surcharge psychologique dans l'ignorance du côté atteint pour certains enfants. C'est le côté identifié à la mère en superposition à l'hémicorps de l'enfant qui est perdu dans l'autisme (G. Haag) (2).

1-Tustin F. (1992) : **Vues nouvelles sur l'autisme psychogénétique**. Editions Audit, 19921

2-Haag G. (1995) : **Prévenir les surhandicaps psychiques des handicaps, entre le déficit et le moi corporel**. Revue de l'ANECAMPS

Un exemple illustrera notre propos: Ah Med fait des malaises importants: il vomit et perd conscience. Ces symptômes sont une forme déviante d'auto-érotisme, qui évite l'expérience de la rupture, joue un rôle défensif par rapport à la perte de contenant maternel. Ahmed a donc les malaises aux moments de rupture. Après un de ses malaises, je parle avec lui. Il est encore en état semi-comateux, très pâle. Je lui dis que quand il est à l'école, il a l'impression d'avoir perdu sa maman, quand elle n'est pas près de lui, c'est comme si elle avait disparu... et qu'on peut parler de maman à l'école, maman qu'il reverra le soir, etc. Je le vois alors saisir son bras paralysé et le serrer avec l'autre, réarticulant son corps autour de l'axe vertébral, retrouvant son côté "maman" perdu.

3.3-L'intégration des membres inférieurs :

Dans le développement normal, il y a auto-appropriation des pieds à partir de l'âge de cinq mois, avec toutes sortes de phénomènes croisés entre le haut et le bas, le côté droit et le côté gauche du corps. Selon G. Haag, il y a beaucoup d'intrication chez les paraplégiques entre les phénomènes neurologiques et psychiques pour l'intégration des membres inférieurs.

3.4-Les autres articulations corporelles :

Le lien rationnel passe par les axes horizontaux et verticaux, mais aussi dans toutes les articulations du corps. Dans tous les enraidissements précoces de nature psychique, on n'a pas la souplesse du poignet et souvent des anomalies du jeu articulaire des doigts. Tout ceci s'améliore quand les enfants recommencent à être en relation.

4- La question de l'espace :

Que l'on soit peu ou très handicapé, la construction de l'espace se fait normalement en étroite corrélation avec toute la construction de l'image du corps. Le premier sentiment d'enveloppe s'accompagne d'une première distinction du dedans et du dehors.

La succion et les vocalises permettent l'exploration de l'intérieur de la bouche. L'intérieur de la bouche est la première construction d'un espace. Après, le bébé peut tendre la main et explorer le visage et la bouche de l'autre. L'histoire de l'exploration découle directement de la construction et de l'exploration de l'espace interne, dérivant lui-même de la relation. Les terreurs devant un espace en profondeur des enfants handicapés doivent se comprendre dans ce registre.

Il est important que rééducateurs, éducateurs et psychologues travaillent conjointement au repérage dans l'activité spontanée de l'enfant de ce qu'elle

indique du développement de son Moi corporel et psychique, de ses capacités exploratoires. Le développement des capacités se fera au mieux dans le sillage des échanges. Ceci permettra la prévention des surhandicaps psychiques.

5- Place de la rééducation :

Le bébé va ainsi grandir. Grande sera la place prise dans sa vie par la rééducation. L'évaluation du handicap permet le constat d'un déficit et de ses limites. *Le point de départ de toute rééducation est l'acte médical constatant un retard dans le développement psychomoteur de l'enfant. Ce retard signifié aux parents par le médecin constitue la base de l'intervention à partir de laquelle des orientations de travail par discipline sont alors proposées. Un des objectifs primordiaux de la rééducation du corps est l'accession à une autonomie optima afin de limiter au maximum les contraintes morales et financières liées à la nécessité d'une tierce personne à l'âge adulte* (B. Van Der Becken). (1) Il s'agit donc de modifier des limites dans un registre corporel. Mais la mise en place et la poursuite du travail rééducatif va entraîner des interactions dans un registre autre que corporel : le registre affectif. L'enfant va répondre à un niveau affectif à la demande du rééducateur. Celle-ci porte sur le corps de l'enfant. La rééducation va demander alors une prise en charge personnelle très différente selon les enfants. Elle va dépendre de l'âge de l'enfant, de l'évolution de sa personnalité, de la relation qu'il entretient avec son environnement, avec sa famille, de la relation que l'enfant va nouer avec le rééducateur. Différentes interactions vont s'établir, notamment celles que le rééducateur va avoir aussi avec l'environnement de l'enfant (parents-école).

Il va falloir tenter d'évaluer dans quelle mesure les règles rééducatives proposées vont fonctionner comme limites structurantes ou comme empêchant cette structuration. Comment le passage des règles d'un registre à un autre va-t-il être intégré comme humanisant, permettant de prendre en compte le corps, sans le laisser comme étranger et non intégrable ? C'est à travers les symptômes mêmes de l'enfant (pleurs, refus...), l'abord qui est fait de lui tel qu'il est par rapport à ce qu'on souhaite pour lui, que va se structurer sa personnalité. Le désir des rééducateurs et des parents ne peut tenir lieu de désir à l'enfant, même s'il peut soutenir celui-ci.

Il s'agit de se battre contre le corps handicapé, vécu comme un corps persécuteur, qui occupe toute la place. Tout le temps est occupé à cet essai de modification du corps. Comment l'enfant se situe-t-il dans cette lutte ? Ce peut être le refuge dans la passivité et l'inhibition. Sa relation à l'adulte n'est que

1 -Van Der Beren B., **La rééducation du corps à domicile**. Sémaphores, 1989, n° 13-14, 113-118

déception. Ergothérapeute et kinésithérapeute sont alors eux aussi pris dans cette emprise.

Il pourrait, s'il voulait, des fois, il y arrive, pourquoi pas tout le temps ? Ils stimulent alors la pulsion d'emprise, c'est-à-dire le besoin de maîtriser l'environnement au maximum.

6- La question du sens :

Reste posée la question fondamentale du sens. Quel sens l'enfant va-t-il donner à ce qui lui arrive ? Cette élaboration peut se faire dans le cadre d'entretiens psychothérapeutiques ou en groupes psychothérapeutiques.

7- La personne accidentée : le traumatisme et le deuil :

Si le handicap provient à la suite d'un accident ou d'une maladie, alors que la personne est adolescente ou adulte, l'abord psychologique sera celui du traumatisme et du deuil. Deux éléments sont à prendre en compte : d'une part, les forces et les faiblesses du sujet blessé, quand il doit se confronter à la réalité traumatique. Où en était-il dans son projet de vie ? Comment vivait-il ? Qu'est-ce qui importait pour lui ? Chaque cas est différent et il va falloir composer avec l'histoire individuelle de chacun. D'autre part, face à ce qui lui arrive, le sujet, dans cette confrontation, va traverser différents stades qui sont des défenses psychologiques (décrits par E. Kubler-Ross) (1).

Non ce ne peut être vrai. Ne plus marcher, ne plus sentir certaines parties de son corps, on ne peut y croire. **Le refus** est la première technique utilisée par tous. La dénégation est un amortisseur après le choc de nouvelles brutales, qui permet au malade de se recueillir, puis, avec le temps, de mettre en œuvre d'autres systèmes de défense moins exclusifs. Il s'agit d'une défense temporaire, suivie d'une acceptation partielle. Les soignants ne contrediront pas ce refus. C'est leur présence respectueuse qui va aider malade et famille à surmonter cette première étape nécessaire.

Pourquoi moi ? L'irritation va être projetée dans toutes les directions sur l'entourage, les soignants, bien souvent au hasard. À cette période, de quelque côté que se tourne le malade, il n'y a que des injustices. Or un patient qu'on respecte, qu'on comprend, auquel on accorde de l'attention et un peu de temps ne tardera pas à baisser le ton et à atténuer ses exigences agressives.

1-Kübler-Ross E., **La mort, dernière étape de la croissance**. Québec, Québec-loisir, 1974.

Si Dieu a décidé de m'envoyer cette épreuve, et s'il n'a pas réagi à mes supplications irritées, peut-être me sera-t-il plus favorable si je lui demande gentiment. Suit une **phase de marchandage**. C'est la tentative pour retarder les événements, qui inclut une prime offerte pour bonne conduite, mais impose aussi une limite irrévocable. C'est le temps des promesses à Dieu, des pèlerinages...

Mais le temps passe, et rien ne change. Le sujet sait qu'il a perdu quelque chose d'essentiel. On entre dans **la dépression**. Les pertes peuvent être multiples : atteintes physiques, mais aussi atteintes dans le projet de vie (problèmes financiers, nécessité de déménager, astreinte des soins ...) et atteinte narcissique dans l'image et l'amour qu'on a de soi-même. Il y a alors des tas de raisons réelles de dépression, mais il y a aussi le chagrin, la dépression comme instrument de préparation à la séparation. **Cette phase peut se répéter longtemps après** l'accident ou la maladie. Tant que la personne est hospitalisée ou dans une phase de récupération-réadaptation, on reste souvent dans les premières étapes. Trois ans après, paraplégiques et tétraplégiques affrontent souvent des dépressions profondes, face à des renoncements très douloureux. Mais c'est parce qu'ils auront pu exprimer leur tristesse et leur chagrin qu'ils pourront aborder une dernière phase d'acceptation.

Il y a eu perte. Cependant, le sujet reste entier dans ses capacités d'aimer et d'être en relation. Des réaménagements et des investissements nouveaux vont alors être possibles. **L'enjeu de cette longue période de deuil** est de permettre au sujet des renoncements extrêmement douloureux, sans que se surajoutent des incapacités à la relation qui sont mutilantes humainement. Intervient ici la question du sens de l'événement. Il faut que cet accident ou cette maladie prenne sens dans l'histoire du sujet et soit réaménagé dans son économie psychique. Prenons l'exemple de cette patiente rencontrée en Centre de réadaptation fonctionnelle, victime d'un accident du travail. Elle se sentait coupable d'une faute imaginaire vis-à-vis de ses parents. Cet accident arriva à point nommé comme punition. Fonctionnellement, son bras droit pouvait bouger, mais psychologiquement il était paralysé et devait le rester. On voit comme les conséquences peuvent alors être graves.

8- Les troubles du développement cognitif :

Pour réfléchir à ceux-ci, on prendra l'hypothèse de M. Berger : ***On apprend avec son corps***. La manière dont celui-ci a été touché, les actes, les rythmes, et le fond émotionnel sur lequel se déroulent ces **expériences** organisent la pensée dès la naissance. Les enfants handicapés présentent souvent les deux troubles d'apprentissage suivants : **les difficultés de représentation de soi**, qui surviennent quand le corps de l'enfant a été investi de manière pauvre et

chaotique ; **les difficultés d'appropriation** qui se produisent quand ce corps a été trop investi sur le mode du forçage (d'après M. Berger).

8.1-Les troubles d'apprentissage par difficultés de représentation de soi :

R. Cahn, en 1972, B. Gibello et M.-L. Verdier-Gibello (1) ont décrit les premiers ces enfants. Leurs comportements se caractérisent par :

- **de l'agressivité.** Celle-ci se déclenche essentiellement autour de situations de rupture et de perte. Il y a régression cognitive, pas de tristesse, et de la violence ;
- **une dépression** constamment présente, sous-jacente ;
- **de l'agitation et de l'instabilité.** Celles-ci ont un rôle de pare-excitation, palliant le défaut de constitution d'une enveloppe du Moi ;
- **des troubles psychosomatiques et hallucinatoires.** Il y a alors confusion entre réalité et fantasme, des expériences primaires ayant été non refoulées, non symbolisées, non représentées. Le bébé vit en effet dans un monde psychique composé de perceptions sensorielles brutes (non analysées) et d'hallucinations, sans qu'il fasse de différence entre les deux. Le bébé projette sa perception-hallucination et c'est la réponse d'un milieu familial calme, apaisant et nourricier qui lui permet une re-présentation.

La réponse des parents atteints dans leur capacité parentale, comme nous l'avons vu précédemment, n'est parfois pas adéquate. Ce qui n'a pas été représenté pour le bébé va être traité dans le corps, soit sous forme psychosomatique, soit sous forme hallucinatoire renvoyant à un conflit entre le perçu et le pensé. Ces confusions passent souvent inaperçues.

L'activité de représentation est fondamentale pour les apprentissages. Elle fonctionne sur le modèle de l'absence ou de la perte. On ne peut regarder un objet et se l'imaginer. Il faut le lâcher du regard pour se le représenter en pensée. Il en est de même pour apprendre, on ne peut pas garder présentes à la conscience des connaissances simultanément. Il faut les stocker pour pouvoir en acquérir d'autres.

Les causes des difficultés de représentation de soi sont à rechercher dans la période des soins primaires. Toute incohérence dans ceux-ci (hospitalisation à répétition, changement de nourrice, non-permanence émotionnelle...) a des

1-Cahn R. et All. (1972) : **Défaut d'intégration primaire et inhibition des apprentissages instrumentaux et cognitifs.** Revue française de psychanalyse, XXXVI, 5-6, 955-971.

conséquences dans ce domaine. Ces troubles n'appartiennent ni à la psychose ni à l'organisation dépressive. Il s'agit d'une souffrance psychique que M. Berger nomme " l'archaïque ".

S'explique aussi la confusion entre la partie et le tout. Les enfants IMC présentent souvent ce trouble : un **fonctionnement en tout ou rien**. Il est nécessaire que l'enfant ait d'abord acquis une représentation du tout avant de comprendre ce qu'est la partie. Ceci se retrouve au niveau corporel (syncinésies, troubles praxiques). Si un individu ne peut concevoir ce qu'est un tout, c'est que lui-même ne ressent comme tel ni son corps, ni le temps, ni l'espace, car son environnement primaire s'est présenté sans cohérence interne ni unité et n'a pas renvoyé au sujet d'image unie de lui-même. Un travail de psychothérapie traitant le matériel cognitif comme un matériel psychanalytique, c'est-à-dire porteur d'un sens inconscient à découvrir, permet alors une reconstruction du sujet.

8.2- Les troubles d'apprentissage par difficulté d'appropriation :

La pathologie d'appropriation a son origine entre la période orale et pré-objectale et l'organisation œdipienne de la personnalité. L'enfant est alors confronté à deux phénomènes :

- il ne distingue ni le dedans du dehors, ni ce qui est lui de ce qui est son environnement ;
- il possède une importante sensibilité sensorielle à l'environnement.

Ceci aboutit à une " pathologie du début de contact " (M. Berger) (1). L'enfant ne met pas son intelligence au service des apprentissages.

Il ne cherche à apprendre que ce qui lui permet de s'attacher à l'adulte. Les risques majeurs sont la chronicisation et la débilisation. Le problème est que toute tentative pédagogique a un effet sur l'enfant. Dans les troubles d'appropriation, l'enfant a été investi par la mère, mais tout rapprochement entre eux s'est accompagné d'une emprise désorganisatrice de la part de cette dernière. Ceux-ci peuvent prendre différents aspects :

- **l'apprentissage faisant fonction de lien** : ainsi, la mère de Maxime ne s'adresse à son fils que par l'intermédiaire de questions portant sur ses connaissances. Pour la première fois, elle le conduit dans une salle où il va venir

1-Berger M. (1992) : **Les troubles du développement cognitif**. Toulouse, Privat.

deux fois par semaine rencontrer d'autres enfants. *Elle est comment la table ? Il y a combien d'enfants ? Combien de chaises ?* Le savoir est alors le lien avec la mère. On ne peut se l'approprier, ni jouer avec, ni le modifier, ce serait perdre la mère ;

– **l'apprentissage comme lieu de désidéalisation** : l'enfant peut être pris dans une idéalisation telle de ses parents que toute appropriation d'un savoir ne fera que le rendre encore plus conforme à l'image dont il se sent prisonnier. Une seule solution : décevoir ses parents. Sébastien, IMC, a des parents qui dénie totalement son handicap et ses difficultés. *Cet enfant marche et n'a aucune difficulté.* À l'école, il ne fait rien. Il tente par là d'échapper à une emprise totale ;

– **la pathologie de l'inertie** : c'est la problématique du **forçage**, que nous rencontrons trop souvent chez les enfants handicapés. Il y a une indistinction entre l'effort et le forçage, confusion entre l'effort et l'exigence de l'autre en soi. L'enfant répond par l'inertie quand il s'agit de travailler et de répondre. On est dans l'accélération artificielle des processus de maturation. Il n'y a ni droit à l'erreur ni jeu dans l'apprentissage. C'est l'exemple de Fabien, décrit précédemment. L'enfant se disqualifie au bénéfice du raisonnement parental ou se sent envahi par une perplexité qu'il ne contient pas.

9-Vivre avec une maladie évolutive :

L'enfant ou l'adulte atteint d'une maladie évolutive va mettre en place, au fur et à mesure des pertes successives, des défenses psychologiques.

La précocité des atteintes rend la constitution de l'enfant d'autant plus fragile. On peut rencontrer alors des défenses psychotiques, qu'il convient de respecter dans un premier temps, afin d'organiser un accompagnement psychologique qui prenne en compte la maladie et son évolution, et l'intense souffrance psychique qui l'accompagne. Il faudra veiller tout particulièrement au maintien d'une communication, ne laissant pas le sujet aliéné dans la solitude et le repli.

Le diagnostic entraîne toujours dans la famille un traumatisme dont l'élaboration est encore rendue plus difficile par l'annonce éventuelle d'une perspective de mort, injuste, impensable, car s'agissant d'un enfant. Il nous faut, parents et professionnels, faire rapidement le choix de la vie. L'enfant a toujours un certain temps à vivre, peut-être très court, mais cette vie est la sienne.

Il convient de l'accompagner, afin que celle-ci soit belle, heureuse et réussie. L'enfant malade a besoin d'être reconnu dans sa souffrance, mais aussi soutenu dans ses réussites (études, réalisations artistiques...). **Sa vie a de la valeur pour lui et pour autrui.** Dire par exemple à un enfant myopathe qui vient de perdre la marche et qui refuse de travailler en classe : *Tu es triste de ne plus marcher,*

et nous partageons ta tristesse, mais ton intelligence est intacte, tu dois et peux travailler à l'école est profondément aidant et étayant pour lui. Il ne pourra pas faire l'économie de la dépression liée à la perte corporelle de la marche, mais celle-ci ne sera pas synonyme de mort psychique.

L'enfant a besoin d'avoir des réponses dans l'immédiateté de son symptôme ou de sa douleur. Michel, 7 ans, est atteint d'une maladie évolutive dégénérative. Il présente des troubles d'équilibre et commence à tomber souvent. Il frappe et agresse les enfants qui marchent ou se déplacent en rollator dans sa classe. Ses camarades se plaignent de son comportement dans un groupe de parole où il est. Il lui est alors dit en substance: *Tu veux nous dire, en agressant tes camarades, que cela ne va pas, tu tombes et tu ne comprends pas ce qui t'arrive. Ces chutes sont liées à ta maladie. Nous avons entendu que cela t'inquiète et nous souhaitons t'aider. Nous allons chercher avec toi un moyen pour t'aider à te déplacer en sécurité et nous allons parler avec toi. Tu peux nous parler de ce qui t'arrive.* Et Michel, muni d'un cadre de marche, se remet à être joyeux et bon camarade. Plus tard, il put nous parler spontanément d'autres difficultés qu'il rencontrait, liées à l'évolution de sa maladie, devenant de plus en plus actif dans le choix de ses aides techniques et de sa vie. Il rejoignit en même temps un groupe d'expression offert aux enfants malades, où il put à la fois élaborer, transformer son vécu, tout en le partageant avec d'autres.

Si cet accompagnement a pu être ainsi respectueux du sujet en étayant, ne laissant pas l'enfant seul, accueillant sa souffrance, aménageant sa vie quotidienne, l'enfant pourra affronter la mort (C. Champonnois, 1988) (1).

L'adulte qui est lui aussi confronté à une maladie évolutive va vivre des pertes et des deuils à chaque avancée de la maladie. On rencontrera les modalités psychologiques de défense décrites pour le patient accidenté. L'aide à apporter sera du même esprit que celle proposée à l'enfant ou l'adolescent malade : respect de la personne, reconnaissance de la souffrance, aménagement du quotidien, aide psychologique, jusqu'à la période terminale.

10- ÊTRE parent d'un enfant handicapé :

La révélation

Il faut parler d'abord du temps de la révélation. Ce difficile devoir d'informer est celui du médecin, qui va devoir ouvrir aux parents les portes de la souffrance et les accompagner dans ce cheminement douloureux. Un très important effort a été fait depuis le début des années 60 pour apporter une aide précoce aux

1-Champonnois C. (1988) : **Groupe d'Aide Mutuelle, Groupe thérapeutique.** Sémaphores, n° 13-14

familles frappées de ce très grand malheur d'avoir un enfant " abîmé ". Les services accueillent et orientent ensuite famille et enfant vers des hospitaliers organismes spécialisés permettant travail à domicile et soutien aux familles (CAMPS, SESSD).

La révélation du handicap, c'est un choc émotionnel intense, une violente atteinte narcissique qui signifie la perte de l'enfant imaginaire, rêvé pendant la grossesse. Mais si ce travail de deuil de l'enfant imaginaire doit se faire pour chaque nouveau-né, dans le cas d'un enfant qui ne possède pas tout l'équipement requis par la norme, la révélation va devenir " **condamnation à vivre avec l'enfant réel** ". Et il faut un lent et patient travail de reconstruction et de reconsidération pour perdre définitivement l'enfant imaginaire et accepter la force de vie, les capacités et les revendications humaines de cet enfant là, bien présent et bien réel.

Quel que soit le handicap ou le trouble de l'enfant (lésion cérébrale, malformation congénitale ou maladie évolutive grave), **il crée une souffrance familiale**. Les parents vont devoir ajuster leur comportement, leur psychisme à la réalité du handicap de leur enfant. Il va falloir vivre ce handicap, " absorber " psychiquement ce traumatisme. L'aide aux familles proposant un dispositif de soin où cette terrible expérience peut prendre sens et devenir humaine et représentable est indispensable. Ici, les groupes de parents ont toute leur valeur.

Le diagnostic, bien que posé avec délicatesse et respect, va déclencher une crise familiale, marquant une rupture que constitue l'arrivée de l'enfant handicapé. Cette crise peut s'exprimer selon des modalités très diverses : maladies (de nombreuses mères ont présenté des maladies sérieuses : cardiopathies, troubles du comportement, problèmes au travail, alcoolisme, dépressions...), traduisant une tension familiale, une souffrance psychique. On peut rencontrer également des familles tremblantes d'effroi et d'une terreur sans nom et qui ne peuvent que répéter : " non, tout va bien, il n'y a pas de problème ", s'enfermant dans le repli et la solitude.

11-Les difficultés de la relation parents/enfants :

La première relation bébé-parents, mère-bébé, va donc se mettre difficilement en place. à partir des travaux de Winnicott se référant à des qualités d'environnement adaptées autour de la mère " suffisamment bonne " et des recherches récentes autour du bébé (Brazelton) (1) montrant que celui-ci a

1-Brazelton T.B. (1982) : **Le bébé : partenaire dans l'interaction**. In : La dynamique du nourrisson.ESF.

d'emblée des comportements signifiants à l'intérieur d'une interaction avec sa mère et son entourage, on peut introduire le postulat suivant : " il existe un enfant suffisamment bon qui doit présenter des caractéristiques telles qu'elles permettent l'étayage de la parentalité dans le lien symbolique qu'elle entretient avec l'enfant imaginaire de chacun des parents " (F. André, 1986) (1). Un enfant handicapé ou gravement perturbé constitue une atteinte profonde dans le fonctionnement économique ou structural de la famille.

Le fonctionnement familial se caractérise en premier lieu par **l'échec de l'identification projective**. La mère n'arrive pas à transformer en vécus psychiques supportables les sensations-émotions de l'enfant.

Donnons un exemple, qui se passe au domicile d'une petite fille. Aurélie a deux ans et demi. Elle est porteuse d'une infirmité motrice cérébrale. Son éducatrice termine la séance, l'annonce à Aurélie et commence à ranger les jeux utilisés. Aurélie n'est pas du tout contente de cet arrêt, et elle se met à pleurer. La maman est là, assistant à la fin de la séance. L'éducatrice lève les yeux sur elle et la voit regarder sa fille avec effroi. Toute à sa rage et à sa colère, Aurélie, en effet, manifeste violemment. Elle est allongée par terre, pleure et hurle. Ce faisant, elle a déclenché son schème pathologique d'extension et se présente " en chandelier ". Ce schème introduit l'élément perturbant la mère. Cette attitude est en effet inhabituelle, non ressentie et non vécue habituellement, non humaine. L'éducatrice, avertie, s'adresse aussitôt à l'enfant, verbalisant l'émotion: Je vois que tu es très en colère parce que je dois partir Tu voudrais jouer encore avec moi. Mais je reviendrai jeudi prochain... Aurélie se calme, se rassoit, reprend son allure de petite fille, et peut parler et saluer son éducatrice.

La mère qui n'arrive pas ainsi à répondre à son enfant se sent attaquée dans sa capacité maternelle et envahie en retour par le vécu brut et les angoisses du bébé. Il en est de même pour le père. Les parents vont alors s'intéresser au corps handicapé ou malade, qu'il faut guérir, rééduquer.

Cet engagement dans l'organique, le handicap, entraîne un fonctionnement mental de l'ordre de **la sidération**.

Le temps s'est arrêté, on ne pense pas au passé, on n'imagine pas l'après. *Je ne veux pas penser l'avenir, ce qui compte, c'est aujourd'hui. Il fait des progrès, c'est ce qui m'intéresse*, explique Mme A. La dynamique psychique qui s'installe dans la famille est mortifère. Le plaisir individuel, les préoccupations

1-André F. (1986) : **L'enfant insuffisamment bon en thérapie familiale psychanalytique**. Pul.

personnelles sont interdits. Tous les espaces psychiques sont aliénés au sauvetage de l'enfant, ceci au risque d'une mort psychique collective.

C'est un sacerdoce que de vivre avec un enfant handicapé, relate Mme X. Et Mme Y : *Je ne pourrai jamais avoir un autre enfant. Je ferai tout pour B.* Ce sont ces mères qui arrêtent de travailler à cause de leur enfant handicapé ou malade, et c'en est fini d'être heureux. *La vie de famille, c'est foutu* (M. F), *L'on ne sera plus jamais heureux* (Mme N).

La communication consciente à laquelle on se trouve confronté est de type " pensée opératoire ", au sens employé par P. Marty et M. De M'Uzan (1). Il s'agit d'une pensée sans portée symbolique. Ainsi, on ne parle que de l'inéluctable du handicap : l'appareillage, les couches, le fauteuil roulant..., sans perspective fantasmatique. Il faut plus de rééducation, afin que l'enfant marche ou parle... Mais que cet enfant éprouve des sentiments, souffre, désire, c'est très difficile à envisager dans un premier temps.

Comment investir cet enfant ? Se met en place une **symbiose**

pathologique pour contenir la défaillance d'investissement de l'enfant. On peut même parler d'identification adhésive, au sens d'E. Bick, identification narcissique primitive où sujet et objet sont en continuité corporelle. Monsieur et Madame Z expriment ainsi de façon imagée ce processus en parlant de leur " collage " à leur fils, découverte qu'ils firent quand celui-ci dut venir à l'internat de semaine pour des raisons scolaires et combien, tel du sparadrap qui se décolle, cela fit mal à la fois de reconnaître ce mode de relation et de se décoller.

Le handicap introduit également une faille dans le système d'inscription symbolique, qui entraîne le **déni de la différence des sexes** et des générations. Sont questionnés la généalogie et le désir structuré par l'Œdipe. *Mon mari et moi, nous disons et faisons toujours pareil avec F. Nous attendons qu'il décide lui-même ce qu'il veut faire.* (Mme D). On ne trouve pas de loi sexuelle. Le père est un père sans pouvoir.

Les familles d'enfants handicapés se caractérisent également souvent par un **déni extrême de l'Œdipe**, qui se manifeste par des réalisations ou quasi-réalisations incestueuses. Le nombre d'enfants dormant avec leurs parents, prenant des bains avec eux jusqu'à un âge avancé est très important. Sous couvert de contingences matérielles, de surveillance nécessaire, de sécurité, s'est installée une fusion symbiotique. Celle-ci permet le maintien d'une relation narcissique où l'inceste

1-Marty P. (1968) : **La dépression essentielle**. Revue française de psychanalyse, 32, B.

réalisé prévient la représentation de l'inceste. La famille est enfermée dans un fonctionnement de type Antœdipe (P.-C. Racamier, 1989) (1).

Une des difficultés rencontrées par les familles est ensuite celle de soutenir l'investissement de l'enfant, tant la réponse de celui-ci est anormale ou tant son évolution est lente. Le problème est de maintenir pendant plusieurs années quelque chose de l'intensité, de l'attention qui caractérise la relation entre la mère et le bébé lors de la première année de la vie. F. Tustin souligne cet aspect : *Ces enfants [ayant des lésions organiques] ont besoin de soins nourriciers particulièrement bons pour compenser leurs handicaps dans l'absorption des soins disponibles. Des soins nourriciers suffisants pour un enfant normal sont insuffisants pour eux* (F. Tustin, 1977) (2). *Est-ce humainement réalisable sans lassitude, sans dépression, retrait ou défenses du type de la chosification et de la mécanisation des soins ?* Demande G. Haag, en réponse (1985) (3).

Aller à la rencontre de ces parents si blessés va demander aux professionnels écoute, disponibilité et compréhension de ces modes de défense plus ou moins agissants dans les familles. L'épreuve rencontrée par la famille l'atteint douloureusement et les conséquences qui peuvent en découler sont graves. Mais, si l'énonciation d'une atteinte somatique a d'abord un effet de sidération, bien soutenue par des équipes de soins, la famille peut affronter une période de dépression, renonçant à l'idéal d'un enfant réparé, pour découvrir un enfant déficient physiquement certes, mais qui parle, qui aime, et qui peut accéder à une certaine autonomie sociale, s'insérant par là dans la communauté.

12- La fratrie de l'enfant handicapé :

Les parents tendent à se protéger contre le regard sur l'ensemble de la fratrie. Ce silence est destiné à protéger le narcissisme parental et familial, à défendre la fratrie comme si l'enfant handicapé était un possible agent de contamination. Cet aspect défensif est compréhensif, mais aussi parfois nuisible pour les autres enfants, qui resteront ainsi sans soins (P. Ferrari) (4). On peut constater chez des frères et sœurs un **phénomène de parentisation**, aboutissant à une délégation des fonctions parentales à l'un des membres de la fratrie. Ces enfants se présentent hyper-matures, sérieux et graves,

1-Racamier P.-C. (1989) : **Antœdipe et ses destins**. Apsygee éditions.

2-Tustin F. (1977) : **Autisme et psychose de l'enfant**. Paris, Le Seuil.

3-Haag G. (1985) : **La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps**. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 33 (2-3) 107-114.

1-Ferrari P. (1988) : **La fratrie de l'enfant handicapé – Approche clinique**. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 36 (1), 19-25

cachant, sous une adaptation de surface, un noyau dépressif important. Si la présence de l'enfant handicapé modifie le fonctionnement de la famille, elle modifie aussi la relation fraternelle elle-même. Celle-ci a une double fonction :

- celle de l'intrus qui confronte l'enfant à la rivalité vis-à-vis de la mère ;
- celle d'un double de lui-même, qui le confronte à lui-même comme un autre (B. Brusset, 1987) (1).

L'expression de la rivalité est difficile quand l'enfant a un handicap, le frère ou la sœur ayant souvent le fantasme que la maladie est le résultat de son agressivité. Ceci est alors refoulé et on peut rencontrer des troubles scolaires graves (inhibition, échec scolaire...). La confrontation au double peut menacer le sentiment d'identité du sujet, le handicap donnant à cette image un caractère aliénant. La question serait : comment assumer et vivre pleinement sa normalité?

13- Les professionnels :

Dans leur travail, les intervenants vont devoir affronter trois niveaux de relation:

- **la relation avec les enfants ou les adultes** : deux points vont les solliciter particulièrement : le handicap en tant que message visuel et la quête affective de l'enfant handicapé moteur, ou la demande d'amour de l'adulte ;
- **la relation directe ou indirecte aux parents** : ceux-ci mettent à rude épreuve le narcissisme de chaque professionnel, dans la rivalité et l'agressivité ;
- **la relation à l'institution** : il s'agit d'un travail d'équipe qui s'inscrit dans un champ social donné, avec des interrelations multiples.

Ces trois niveaux en interaction permanente confrontent les professionnels à une intense sollicitation libidinale et narcissique, qu'un professionnalisme important va devoir pondérer, à la fois par une formation professionnelle précise et un temps de travail sur cette implication.

Il est souhaité qu'un espace existe où sera permis un travail psychique simultané de " contention, liaison et transformation " (R. Kaes, 1993) (2). Vont pouvoir être déposés toutes les émotions, les affects, les vécus non représentables issus de la relation directe avec la personne handicapée. Celle-ci met en échec les processus d'identification projective toutes les fois que le

1 -Brusset B. (1987) : **Le lien fraternel et la psychanalyse**. Psa. Univ., 12, 45, p. 5–43

2-Kaes R. (1993) : **Le Groupe et le sujet du groupe**. Eléments pour une théorie psychanalytique du groupe. Paris, Dunod.

soignant reçoit des enfants ou des familles dont il s'occupe, trop d'éléments mauvais pour qu'il puisse les contenir ou les accepter, il les renvoie aux intéressés directement (violence, angoisse, indifférence, etc.). Un espace professionnel permettra que ces projections soient déposées dans celui-ci, élaborées individuellement ou collectivement et réintégrées par chaque intervenant.

Il faut aussi que s'exprime la souffrance associée aux entraves à la réalisation de la tâche. Ainsi, la rééducation d'un IMC est parfois peu gratifiante, les progrès peuvent être lents et ténus. On ne guérit pas les enfants atteints de maladie évolutive grave, des parents, malgré nos efforts, continuent de mettre leurs enfants dans des situations de violence... Le plaisir dans le travail devient peau de chagrin et la confiance en sa propre compétence diminue. Atteinte narcissique qui peut déclencher un vécu persécuteur-persécuté.

CHAPITRE 09: approche psychoclinique des handicapés moteurs:

L'intérêt que nous accordons à ce type d'approche des handicapés moteurs surtout concernant l'enfant – se justifie comme nous l'avons souligné par ailleurs par l'existence de ces enfants au sein des familles et qui peut provoquer des réactions, non seulement de la part de l'enfant mais de son environnement qui compliqueront davantage la situation.

Il est important à l'étude de tenter de cerner un maximum de réactions psychologiques et de situations cliniques qui en découlent pour pouvoir aborder la prise en charge sur des fondements justes et scientifiques.

Le but est la confrontation, dans le domaine clinique – symptôme, pathologie et bilan – et dans le domaine psychologique – thérapie et suivi avec bilan de l'évolution de l'enfant.

Le handicap moteur ne constitue pas seulement une tare pour le malade lui-même mais aussi pour la famille, l'école et la société. Il peut se caractériser par un déficit permanent des possibilités psychologiques et adaptatives de l'individu.

L'expression clinique en est les troubles profonds de la personnalité souvent somatisés et les problèmes qui se manifestent dans sa vie de relation avec la société.

Nous tenterons de définir les variables concernant la psychologie de l'enfant handicap moteur en tenant compte de certains facteurs individuels et sociaux.

Il est à notre sens clair que tout départ dans l'approche psychologique s'effectue à partir du couple parental. Et, ce, avant la naissance de l'enfant dans la conception, l'espoir et les projections des parents. Ceci permet d'éclairer ce que le psychologue cherche finalement, le statut des parents, les défenses contre la culpabilité allant jusqu'à la dénégation et le réveil des faits psychologiques souvent inconscients lors de l'apparition du handicap chez l'enfant.

Les manifestations qui apparaissent au niveau des parents trouvent leurs explications dans le traumatisme vécu par ces derniers. Tout un ensemble de signes cliniques anormaux et/ou pathologique conduisent vers des attitudes spécifiques telle que l'hyper protection de l'enfant qui s'élargit de façon impondérable à l'environnement et aux institutions.

Les symptômes peuvent - être graves et compromettent pour l'enfant qui découvre son handicap à partir duquel s'installent l'angoisse et les manifestations psychosomatiques qui rendent tout pronostic défavorable.

Cet 'accident' provoque la découverte précoce chez l'enfant de la douleur due à un traumatisme psychologique de l'enfant parce qu'il va évoluer de façon différente par comparaison aux enfants de son âge.

Son devenir va s'inscrire dans la trajectoire de l'hospitalisation parfois dès le premier âge, de l'immobilisation et de la rééducation qui marquera fortement sa personnalité. Son handicap moteur va la situation vécue ainsi que celle du groupe familial et c'est à ce niveau là que nous tirons la signification psychologique de la tare.

Un handicap physique prend son sens par rapport à son type clinique, sa date d'apparition, sa modalité survenue dans l'histoire du sujet et du groupe familial. À côté, il y a le risque d'une sur-détermination qui garde une place prépondérante dans les associations (handicap – relations familiales) et les passages à l'acte ultérieur – Ceci exige une haute spécialisation du psychologue qui intervient dans l'histoire de l'enfant dans une triple relation permanente enfant – parents – psychologue à partir du moment diagnostic.

Le regroupement des enfants handicapés dans des institutions dites spécialisées comporte le risque d'éloigner l'un des facteurs d'analyse qui est la relation enfant parents et nécessite une analyse institutionnelle délicate.

Les psychologues trouvent particulièrement dans leur action vis-à-vis de l'enfant handicapé et au sein de l'équipe pluridisciplinaire une place prépondérante.

Nous vous proposons une méthodologie d'approche qui peut dans le cas d'une application correcte donner une vue très exhaustive sur l'enfant et permettre l'adaptation d'une rééducation adéquate à ses possibilités.

1- **Recueil des informations** : Il part d'un bilan affectif et scolaire de l'enfant. Période de priorité une passation d'un test projectif adapté à l'enfant est souhaitable, c'est une étape qui permet l'établissement du diagnostic aux tests projectifs.

Parmi cette batterie de tests projectifs nous citons les plus pratiqués tels que :

- Thématique aperception test de H.A. Murrey
- La patte de noire de L. CORMAN

Le praticien retiendra selon sa convenance trois types de diagnostic :

- Normal
- Paranormal
- Pathologique

L'analyse de ces tests projectifs portera sur le discours du sujet, autrement dit sur les éléments formels de la production (l'enfant exprime très richement le monde fantasmatique dans lequel son handicap le plonge) et la manière dont le patient s'organise face aux conflits réactives par le biais du support matériel (ici le test).

Ce mode d'organisation nous renseigne sur les mécanismes de défense dont dispose le sujet sur l'importance de leur éventail et sur leur efficacité.

Autrement dit sur la faculté dont dispose le Moi pour se dégager des conflits. « Nous dirons, plus schématiquement, que la normalité est la capacité à résoudre les conflits et à rapporter les tensions dans les relations avec soi-même ou avec autrui et que la 'maladie' est l'inaptitude à se dégager des conflits » (1).

2- **La symptomatologie** :

Il s'agit de répertorier un certain nombre de symptômes observés cliniquement chez l'enfant.

Ce répertoire peut-être réalisé de façon individuelle ou de façon collective lors des réunions ou synthèses qui réunissent l'ensemble de l'équipe soignante et les éducateurs.

L'état de l'enfant est à considérer selon l'un des deux pôles suivants :

a/ L'inadaptation dans le milieu scolaire qui peut éventuellement nous renseigner sur deux (02) catégories de troubles, les troubles de l'apprentissage (langage écrit ou oral) et les troubles du comportement tels que les difficultés relationnelles avec l'instituteur, les enfants du même âge ou le retrait et l'isolement.

b/ L'inadaptation dans le milieu familial qui peut évoquer certains troubles tels que l'alimentation et la nourriture, la succion du pouce (niveau oral), les troubles du sommeil (insomnies, terreurs nocturnes, cauchemars, difficultés à dormir), les troubles caractériels (colères, destructivité, fugues etc.), les troubles psychosomatiques, relations agressives avec les adultes, refus de l'école, inhibitions, rêveries etc.

Le psychologue peut fixer des critères pour classer les enfants selon une progression qui va du normal au pathologique. Le classement s'effectue à partir des manifestations cliniques des symptômes.

Exemple :

- Un enfant est considéré comme normal s'il présente moins de deux (02) symptômes.

1- REDL F. et WINEMAN D. (1964) : **l'enfant agressif**, trad., Ed. FLEURUS, Paris, TI, 311 p. t II, 313 p. p.419

- Un enfant est considéré anormal s'il présente entre deux (02) et six (06) symptômes.
- Un enfant est considéré pathologique chez qui on observe au moins sept (07) symptômes

3- Connaissance de la maladie par l'enfant :

Pour aborder cette partie le psychologue organise des entretiens directs avec l'enfant et note si ce dernier possède ou non un certain savoir sur sa maladie. Il est intéressant de comprendre que le jeune handicapé se donne l'occasion d'entreprendre une démarche de type cognitif quant à son handicap en fonction de certains paramètres individuels et affectifs, personnels et familiaux.

4- Capacité de faire des projets d'avenir :

Cette information nous semble particulièrement importante à recueillir auprès d'un enfant atteint d'une paralysée partielle ou invalidante qui le bloque dans ses possibilités d'envisager un épanouissement affectif, physique et social.

5- Intrication du vécu affectif et de la maladie :

Elle est à rechercher dans le discours de l'enfant. C'est de comprendre le degré associatif de la maladie et des événements de son cursus et d'établir le lien entre maladie et vie courante. C'est-à-dire de voir si les investissements de l'enfant sont bloqués par le handicap ou au contraire restent disponibles.

L'essentiel de ce matériel peut-être recueilli au cours d'entretiens psychologiques avec l'enfant.

Le psychologue peut généralement dégager trois (03) niveaux :

-Pas ou peu d'intrication

-Intrication : L'enfant prend la distance par rapport à sa maladie, mais a certaines difficultés à investir d'autres domaines.

-Forte intrication : L'enfant est submergé par son angoisse somatique. Il n'arrive pas à concilier sa maladie avec l'ensemble des investissements.

6- Le niveau de réussite scolaire de l'enfant :

Le psychologue posera la question sur les moments des premiers apprentissages et des premières acquisitions scolaires en groupe. Ceci lui permettra de se prononcer sur les possibilités intellectuelles à venir de l'enfant.

Il faut aussi souligner que tout échec à son importance dans la vie de l'enfant surtout handicapé et peut-être révélateur des troubles qui passent autrement inaperçus.

7- Le niveau scolaire actuel selon les enseignants :

Il s'agit de savoir auprès des enseignants le niveau scolaire réel atteint par l'enfant. Si l'enfant est au niveau par rapport à son âge, en avance ou en retard de plus d'une année.

8- L'examen psychomoteur :

L'établissement d'un profil psychomoteur pour chaque enfant surtout handicapé moteur est une nécessité pour l'examen psychologique.

Ce qui intéresse en premier le psychologue est la problématique de l'image du corps chez les jeunes handicapés moteurs. Celle ci peut-être approchée suivant trois orientations :

- Organisation de l'espace, schéma corporel d'après la batterie de PIAGET – HEAD décrite par N. GALIFRET GRANJON.

- Coordination dynamique et générale d'après l'échelle de développement psychomoteur de BRUNET et LEZINE, le teste d'imitation de gestes de BERGES et LEZINE et les épreuves II et III des tests moteurs d'Ozereztski et GUILMAIN.

- Equilibre.

Le domaine psychomoteur est particulièrement en question chez le jeune handicapé moteur qui 'parle' beaucoup de son corps, objet malade et lieu de projection du désir des parents.

9- L'examen concernant le quotient intellectuel :

Cet examen ne peut s'effectuer d'une manière objective si nous considérons l'absence de tests de niveaux adaptés à notre vie socioculturelle. Toute passation de tests connus tels que le W.I.S.C, le D 48 et le Binet Simon ne peut renseigner sur le Q.I atteint par l'enfant vivant en milieu algérien.

Il est impératif pour répondre à cette demande d'organiser des équipes de recherches qui tenteront de créer un outil de travail propre aux besoins de la

réalité de l'enfant algérien à la limite et adapter les tests connus au profil culturel de l'enfant algérien.

10- Les relations parentales :

Il s'agit de retenir au cours des entretiens avec les parents 03 groupes d'informations :

a/ La structure familiale et son organisation.

Là on distingue.

Normale : La famille ayant bien toléré le handicap

Perturbée : La famille dissociée, parents dépressifs, etc.

Pathologique : Un parent ou les deux sont pathologiques.

b/ Enfant désiré ou non.

c/ Image que les parents ont de leur enfant.

L'écoute attentive au discours des parents recueilli lors d'entretien enquête permet de décrire quelle image les parents ont de leur enfant ?

Cette image peut tourner autour des attitudes parentales suivantes :

- L'enfant est bien investi par ses parents comme s'il s'agissait d'un enfant sain.
- L'enfant investi est l'enfant malade. Les parents parlent de la vie de l'enfant à l'aide d'événements somatiques, ils parlent surtout du handicap et de ses restrictions.
- L'enfant est investi comme malade en danger.
- Le malade est investi et il est vécu comme sujet d'angoisse et est surtout surprotégé par crainte de déperdition.
- L'enfant malade psychologiquement – entre la maladie somatique de leur enfant, maladie qu'ils nient avec force inconsciemment, les parents voient ce dernier atteint psychologiquement.

11- Bilan somatique :

Il est effectué d'après les dossiers médicaux et concerne la période d'hospitalisation de l'enfant entre la date d'admission de l'enfant jusqu'à sa sortie.

Tous les accidents somatiques sont notés et concernent tous les événements ayant nécessité une thérapeutique médicale.

Toute démarche méthodologique doit tenir compte, à notre avis, de la pathologie des parents qui demeure, pour l'essentiel, à l'origine des perturbations psychopathologiques de l'enfant.

Autrement dit, quelle que soit l'histoire somatique de l'enfant (maladie – handicap), si les parents sont très perturbés, l'enfant le sera.

Le handicap moteur n'ajoute pas grand chose aux troubles psychologiques de l'enfant si l'enfant se trouve dans le contexte habituel de la psychopathologie infantile. Autrement dit si la famille est normale les manifestations psychologiques du handicap moteur chez l'enfant s'écoulent d'une manière logique voire banale.

C'est pourquoi nous considérons que l'origine des perturbations psychologiques de l'enfant est à rechercher au niveau de la qualité des investissements parentaux.

L'apparition du handicap est donc importante cas du jeune âge de l'enfant et elle est très mal vécue par les parents. Ce qui fait que l'enfant devient très perturbé par l'association aux perturbations parentales, ce qui n'exclue pas une pathologie sévère. La surveillance thérapeutique est donc d'une grande importance.

Chapitre 10 : Etude clinique du changement affectif chez l'enfant handicapé moteur :

L'étude du changement affectif chez l'enfant handicapé n'est pas chose aisée au vu des difficultés que pose cette tâche.

Depuis que nous nous sommes interrogés sur la psychologie affective d'un jeune handicapé, nous nous sommes heurtés, à chaque fois, à des confusions qui s'amassent autour de la question principale qui vise à saisir à la fois l'affectivité et l'enfant handicapé.

Et c'est justement ce que le psychologue doit faire dans une société qui marque tout l'intérêt et le souci sur le devenir de ces enfants.

Nous ne prétendons pas éclairer tout le problème du changement affectif chez l'enfant handicapé moteur car nous croyons que c'est le fruit de longues années d'efforts et de comparaisons.

Nous voulons que ce soit ici une ébauche qui motive une discussion entre praticiens en contact avec l'enfant handicapé et enseignants chercheurs qui s'intéressent de près à cette dimension.

C'est pourquoi nous présentons ce travail comme un effort de réflexion et de psychologie générale, une tentative susceptible d'introduire la connaissance de l'affectivité dans son ensemble.

La préoccupation centrale tourne autour des moyens dont dispose le psychologue qui emploie des techniques pour comprendre l'affectivité.

La psychologie est une science qui demeure encore jeune et par conséquent tend à fixer dans sa trajectoire des bases et des procédés afin de mieux maîtriser son objet.

Elle s'enrichit de plus en plus d'observations, d'expériences et de nouveaux travaux qui s'effectuent ici et là par d'innombrables chercheurs et spécialistes.

Le psychologue dans ce champ social où toutes les sciences se confondent cherche à parcourir un domaine trop vaste et parfois il se laisse déborder par le flot d'informations qui lui parviennent d'autres spécialités (philosophie, linguistique, sociologie, médecine etc.).

Actuellement, est-il possible de dire que le psychologue est habilité comme un spécialiste maîtrisant plus ou moins son objet d'étude de nous éclairer sur le changement affectif notamment celui d'un handicapé moteur ?

Autrement, l'usage philosophique de notions tels que le « moi », le « sujet », la « conscience », etc. dont la psychologie affective fait un usage constant en raison de son lien étroit avec la phénoménologie et la psychanalyse ne comporte-t-il pas de risques qui écartent toute évaluation objective de la personne ?

Il s'agit dans ce cas présent de définir la terminologie que le psychologue cherche à utiliser.

Cependant, il doit avoir une connaissance complète des théories et philosophies centrées sur les phénomènes liés à l'être humain, vint par la suite la méthodologie qui devra lui permettre d'expliquer par l'action ces derniers.

A côté d'autres problèmes, le changement affectif chez le jeune handicapé est l'un des plus fondamentaux.

Nous insistons d'abord sur l'inadaptation qui mérite en priorité une étude clinique afin de ressortir la symptomatologie car la personnalité des enfants handicapés doit présenter certains caractères qui mènent vers l'exploration de leur situation, non seulement leur 'Moi' mais aussi leur environnement.

Les signes généralement communs aux handicapés se répertorient de cette manière :

- 1/ Fragilité de la personnalité.
- 2/ Labilité émotionnelle.
- 3/ Versatilité des projets
- 4/ Faiblesse psychologique d'une manière générale
- 5/ Immaturité.

Le tout doit tenir compte des obstacles qu'ils doivent surmonter, des circonstances de leur développement et de la nature de leurs besoins et intérêts.

Le profil qui se dégage généralement est celui d'un enfant en présent appauvri, incertain de son passé et plus encore de son avenir. Ceci pose

problème pour le psychologue afin de donner des définitions exactes aux comportements observables et permettra le suivi de l'enfant.

Pour essayer d'élucider ce changement affectif qui s'opère inévitablement chez l'enfant handicapé moteur, nous proposons de répondre à un ensemble de questions afin d'apporter ne serait - cette une contribution au débat permanent.

1- Comment peut-on vivre avec de tels enfants ?

Il est très apprécié dans notre champ d'application, celui de la psychologie clinique, d'essayer de prendre contact avec des enfants handicapés et/ou d'organiser des groupes de contact qui se réunissent entre eux et discutent de leurs problèmes.

L'idée est que cette démarche motive la thérapie de groupe en tant que facteur diagnostique et surtout de thérapeutique.

Nous remarquons quotidiennement et dans la vie de l'enfant handicapé une ignorance voire un rejet de ce dernier soit par les personnes qu'il rencontre soit par ses parents eux-mêmes.

Ce qui est pire et s'observe c'est cette réaction de sa part qui est brutale, agressive et hostile à prendre des contacts avec l'extérieur, avec l'institution ou l'école. Il en découle des problèmes d'ordre purement psychologique et relationnel avec un risque important sur le devenir de l'enfant.

En présence de ces enfants dont personne ne veut et qui sont un fardeau pour tout le monde. Il faut à nous psychologues de les supporter, les écouter et surtout les comprendre. Notre formation l'exige.

En dehors des cas traités isolément, le psychologue doit compter sur l'aide de l'environnement de l'enfant handicapé tels que les voisins (une personne de choix de l'enfant), la famille et les amis qui peuvent avec le psychologue supporter son comportement symptomatique aussi longtemps que la rééducation dure.

La possibilité de vivre dans une forme de relation avec l'enfant dépend de ses capacités psychologiques adaptatives et de l'intégrité de son moi. Si celles – ci ne sont plus possibles, il est alors au psychologue de trouver une autre façon d'organisation du cadre de sa vie et comment il peut influencer son comportement de manière à ce que lui et ceux qui l'entourent, puissent coexister. Il faut que quelqu'un réagisse au comportement de l'enfant même si ce dernier n'est pas psychologue et cela ne seront que de la prévention.

2- Comment pouvons-nous les comprendre ?

Discuter avec l'enfant en difficulté ne suffit pas à l'aider car il s'agit de partager et de vivre avec lui ses problèmes. Le psychologue doit agir et c'est uniquement par l'action qu'il peut vivre avec l'enfant sa douleur.

La compréhension de l'enfant exige parfois sinon la plupart du temps un temps long et pénible.

Le bon accueil de l'enfant dans une institution ou ailleurs n'est pas une fin en soi, c'est un fait qui peut-être banal mais ce qui détermine la bonne observation c'est le choix du matériel significatif (adapté au cas de l'enfant) qui peut nous prendre un moment pour le découvrir.

F. REDL et D. WINEMAN dans l'enfant agressif disent :

« D'année en année, nous étions de plus en plus captivés par les 'réponses' surprenantes de certains des enfants à nos essais. Pendant longtemps, nous n'eûmes aucun moyen de deviner ce que cette réponse signifiait en réalité. Quelques-uns d'entre eux paraissaient simplement libérés du besoin d'extérioriser leurs troubles pendant qu'ils étaient avec nous, à cause du programme et du traitement qui constituaient notre approche. D'autres semblaient également « améliorés », mais on pourrait bientôt constater qu'ils échappaient habilement, grâce à une apparence d'adaptation, à nos essais pour atteindre leurs difficultés réelles. Leur bonne adaptation au club ou au camp n'était autre qu'un moyen de défense contre une transformation en profondeur. Dans d'autre cas, nous étions stupéfaits de découvrir que ce nous considérons comme une lutte quotidienne désespérée contre un enfant pendant qu'il était avec nous avait laissé une marque profonde qui apparaissait quelques mois après son retour à la communauté et pouvait servir de base à notre travail postérieur dans les clubs » (1).

Dans plusieurs situations ce n'est plus tard et avec un effort de travail clinique que nous arrivons à comprendre comment l'enfant est réellement et nous découvrons en même temps ce sentiment de vivre avec lui et en quoi consiste son problème.

F. REDL poursuit plus loin par l'affirmation suivante :

« Car s'il importe de savoir pourquoi ils ressentent les choses d'une certaine manière et quels sont les 'besoins ou pulsions' que ces jeunes essayent d'exprimer, il est également nécessaire de savoir, pour la vie quotidienne, quand l'enfant est en mesure de satisfaire de tels besoins sur le plan des fantasmes ou quand il insistera pour les réaliser par l'action impulsive aux dépens du premier venu » (2).

1- REDL F. et WINEMAN D. (1964) : **l'enfant agressif**, trad., Ed. FLEURUS, Paris, TI, 311 p. t II, 313 p.

2-Op. Cit. P. 32.

3- Comment peut-on interpréter leurs comportements ?

Il est généralement admis l'existence de certains obstacles chez l'enfant handicapé et auxquels se confronte le psychologue.

Ces obstacles sont souvent interprétés comme une résistance au changement. La logique est de tenter avec l'enfant handicapé à le conditionner à vivre une situation qui implique qu'il va devoir changer. A ce niveau, il déploie un ensemble de mécanismes contre les facteurs de changements et va jusqu'à la provocation émotionnelle contre toute position mécanisée.

4- Comment peut-on rentrer en relation avec eux ?

Il nous semble comme l'avaient choisi d'utiliser B.BETTELHEIM et R. SYLVESTER «la thérapie de milieu» est la meilleure façon de rentrer en relation utile avec eux. Il s'agit d'exposer l'enfant handicapé à un «environnement total», de vivre avec lui des «moments féconds» où le contact peut susciter un changement immédiat ou futur.

Il faut que la relation atteigne un niveau suffisant de profondeur pour que l'enfant se découvre lui-même et découvre surtout la réalité.

Pour résoudre les problèmes psychologiques inhérents au handicap, l'enfant doit savoir et le psychologue doit lui dire non seulement pourquoi il réagit de cette manière mais aussi pourquoi il se sent différent des autres enfants.

Il doit lui expliquer les situations auxquelles son «moi» peut faire face et lui apprendre à les gérer sans qu'il perde son contrôle et quelles sont au contraire les circonstances qui peuvent le jeter dans la difficulté. Il faut coûte que coûte que le comportement pathologique soit assoupi sans laisser des séquelles au niveau du «Moi».

L'attention est attirée chez le psychologue pour qu'il évite l'application «sauvage» de données théoriques à des enfants handicapés qui se montrent très perturbés.

G. AMADO a pu écrire à ce propos, «c'est la relation humaine qui sert de dénominateur commun aux différentes méthodes thérapeutiques et rééducatives... si les relations sont justes les personnalités des enfants peuvent, au moyen de différentes techniques, être modifiées dans un sens favorable. Sinon, toutes les tentatives finissent par être vouées à l'échec»(1).

Plusieurs auteurs déjà connus s'accordent tous pour dire que « l'éducateur réclame de plus en plus à la psychanalyse la formation qui lui est indispensable

1-AMADO G. (1962): **«douze ans de pratique médico - pédagogique au centre d'observation à VITRY»**, la psychiatrie de l'enfant, II, 2, p. 451

pour manier la relation pédagogique... La rééducation affective n'est pas de la psychanalyse mais elle peut-être une technique dérivée »(1). Il est indispensable au niveau de la réflexion professionnelle si l'enfant n'arrive pas à développer un véritable transfert selon Anna FREUD sans être séparé de sa famille, les conditions seront différentes lorsqu'il est éloigné de lui permettre d'exprimer à l'état naturel ses difficultés.

Dans ce cas, G. AMADO comme G. TERRIER estiment avec F. REDL que «l'observation la plus utile sera donc finalement celle de la relation objectale intérieure, extériorisée et observable dans le comportement et dans son évolution »(2).

1-AMADO G. (1962) : **«douze ans de pratique médico - pédagogique au centre d'observation à VITRY »**, la psychiatrie de l'enfant, II, 2, p. 451

2-TERRIER G. (1961) : **« La relation éducative : Expérience de «rééducation affective » par des activités organisées dans le cadre d'un externat scolaire**, sauvegarde de l'enfance, 104, p. 274.

CHAPITRE 11 : Evaluation des gnosies sensorielles relatives chez les I.M.C : l'échelle de TARDIEU

Chaque handicap moteur présente ses caractéristiques propres. Cependant, si l'on se réfère à un critère éducationnel tous les handicaps peuvent se regrouper autour de deux situations :

a- paralysies stabilisées avec préservation des fonctions intellectuelles et cognitives. Les poliomyélitiques et assimilés (enfants atteints de paralysies traumatiques – tétraplégie ou paraplégie spinale et les infirmes moteurs cérébraux).

b- paralysies évolutives avec aggravation du pronostic sur tous les plans du développement de l'enfant. Les enfants souffrant de maladies évolutives avec dégradation progressive comme la maladie de Friedreich, la sclérose en plaque et les myopathies à un stade avancé de la maladie.

A coté de cela, nous recensons des troubles autres que les troubles moteurs et que nous pouvons résumer en ce qui suit :

1- les troubles gnosiques : ce sont tous les troubles d'origine centrale, autres que les troubles moteurs qui sont susceptibles d'altérer la connaissance que l'enfant Infirmes Moteur Cérébral a du monde. Ce terme de gnosie avec ses synonymes : perception, sensibilité épicrotique, désigne la reconnaissance de l'information par comparaison aux informations antérieures du sujet et dont les circuits sont déjà inscrit dans l'encéphale. Plus ce stock d'informations est important et plus une information provenant à l'encéphale à un moment donné peut donner lieu à une réponse adaptée.

Ce stock d'informations se constitue peu à peu et il y a sans cesse confrontation entre l'expérience antérieure vécue et les nouvelles expériences. Meilleur est l'état de l'encéphale et plus le stock des informations s'enrichit.

Les gnosies d'un sujet ne peuvent être comparées qu'aux gnosies d'un sujet de même âge. Pour apprécier une éventuelle agnosie chez un I.M.C, il faut donc pouvoir disposer d'échelles étalonnées.

1.1- Les gnosies nouvelles : La reconnaissance des formes dans la main : Echelle de Tardieu 1959.

On place dans la main de l'enfant et hors de sa vue 05 objets standardisés (dont la liste vous montrera tout de suite qu'elle est liée aux gnosies d'un certain type de culture et de société).

(Bobine, crayon, cube, perle de bois, boîte) et 12 formes géométriques également standardisées.

2/3 des enfants reconnaissent les objets à 03 ans.

05 formes à 04 ans.

07 formes à 05 ans.

08 à 09 formes à 06 ans.

Un enfant qui a 05 ans et qui ne reconnaît que les objets et non les formes doit être considéré comme ayant un âge gnosique de 03 ans.

L'étude de Tardieu et de ses collaborateurs aboutit, à propos des enfants IMC aux conclusions suivantes :

a- une fréquence plus grande des agnosies relatives chez les spastiques que chez les athétosiques ;

b- une fréquence non négligeable de troubles gnosiques bilatéraux chez les enfants ayant des troubles moteurs unilatéraux.

c- il existe un manque de corrélation étroite entre l'intensité des troubles moteurs et celle des troubles gnosiques.

Il arrive, en effet, souligne Tardieu que les IMC qui n'ont jamais rien pu saisir reconnaissent les formes dans la main aussi bien que les enfants de leur âge. Ceci démontrerait que l'agnosie relative est un facteur spécifique indépendant du trouble moteur. Comme tel, il doit être rééduqué, pour lui-même, et en priorité.

Tardieu a constaté qu'aucun trouble moteur ne peut être amélioré par la rééducation, tant que de tels troubles gnosiques subsistent. L'expérience montre que la rééducation gnosique est souvent efficace.

1.2- Gnosie du sens de position :

Le segment de position d'un segment de membre est établi essentiellement à partir des informations articulaires.

On ne peut pas parler d'agnosie relative sur ce point que si la sensibilité profonde est normale par ailleurs, c'est le cas chez l'IMC, mais ce n'est pas le cas dans les maladies de dégénérescence de la moelle d'origine héréditaire, par exemple la maladie de FREIDREICH.

Exercice sur le sens de position de l'index : on cache la main de l'enfant, il ne la voit pas, et on pratique des manœuvres d'extension, l'index doit être saisi sur le côté, la pulpe du doigt ne doit pas entrer en contact avec quoi que ce soit. L'enfant normal de 04 ans donne des réponses correctes. Tout I.M.C d'un âge égal ou supérieur qui se trompe lors de plusieurs séances a donc une agnosie relative et si son âge de spatialisation, évalué par psychométrie, est de 04 ans.

Une agnosie relative du sens de position de l'index, lorsqu'elle est confirmée, doit être corrigée en priorité, avant d'envisager toute rééducation motrice précise.

Un trouble du sens de position du poignet ou plus encore du coude est de très mauvais pronostic pour la rééducation du membre.

1.3- les gnosies faciales :

Les gnosies tactiles faciales permettent lorsqu'elles sont bien exploitées de bien aborder le problème des troubles du langage de l'enfant I.M.C.

On se sert, également, d'un étalonnage C.Tardieu, G. Tardieu et P. Guyot (1).

Exercice : 16 points sont explorés sur le visage. On procède de la manière suivante : on touche chacun des points sur le visage de l'enfant et on lui demande de les montrer sur une image représentant un visage.

Dans une deuxième épreuve, on touche chacun des points sur l'image et on demande à l'enfant de les indiquer sur son propre visage, au même point.

L'étalonnage porte sur 06 classes d'âge de 03ans 06 mois à 09 ans 06 mois. Il permet de savoir de combien d'écart-types un enfant donné diffère de la moyenne. On peut de cette manière apprécier une agnosie spatiale relative.

Une agnosie spatiale de cette nature quand elle se trouve confirmée, doit être rééduquée en priorité avant une rééducation orthophonique précise (particulièrement quand il s'agit de rééduquer des phonèmes labiaux).

Ce sont des gnosies qui ont, comme les gnosies faciales, un grand intérêt pour l'analyse factorielle des troubles du langage. La langue est l'organe essentiel pour la prononciation des phonèmes.

1.4- les gnosies linguales :

Un étalonnage est là encore nécessaire. Ce test consiste à placer sur la langue de l'enfant et hors de sa vue 11 formes différentes. Chaque fois l'enfant doit reconnaître parmi la série de formes celle qui a été placée sur sa langue. L'étalonnage a porté sur 05 classes d'âge de 04 ans 06 mois à 09 ans 06 mois.

Là encore, si une agnosie relative se confirme, la rééducation s'impose comme prioritaire. Dans certains cas ces agnosies étant la cause essentielle du trouble du langage, du même coup la prononciation est considérablement améliorée.

1-Tardieu G., **L'enfant infirme moteur cérébral**, in Vie et Bonté, n° 110 de mai 1960, p.25-28.

1.5- lesgnosies auditives :

Un dépistage auditif doit être fait chez tous les I.M.C, mais il est pratiquement impossible de soumettre tous les enfants I.M.C à un audiogramme et encore moins à un électroencéphalogramme.

On procède à de simples évaluations telle que la reconnaissance des images. Une désignation correcte permet d'écarter une surdité de perception dans d'éventuels troubles du langage.

Pour évaluer une éventuelle surdité de transmission (touchant l'oreille externe ou moyenne) et entraînant une certaine hypoacousie surtout les sons graves, on soumet l'enfant à l'exercice auditif de distinction entre les phonèmes suivants : **E** et **OU** et **O**.

Les troublesgnosiques auditifs proprement dits ne peuvent être appréciés que si l'on a une suffisante certitude qu'il n'existe pas de troubles auditifs élémentaires. Pour les apprécier, il faut que la psychométrie prouve l'existence d'un écart notable par rapport à la moyenne et que ce dernier soit suffisamment plus grand que celui du niveau général de l'intelligence.

Cette évaluation desgnosies auditives est d'une grande importance. Il convient de procéder à la rééducation des troublesgnosiques auditifs si le score de l'enfant est trop bas.

2- les troubles sensoriels :

Beaucoup de troubles sensoriels chez les jeunes I.M.C ont, en fait, une origine motrice. A titre d'exemple, beaucoup d'enfants I.M.C souffrent de strabisme ou de parésie du regard (paralysie discrète).

- en ce qui concerne l'œil, les atrophies, la cataracte congénitale (opacification du cristallin), sont les principales affections.

- Les troubles de la réfraction, tels que la myopie et l'astigmatisme sont des troubles les plus fréquents parmi les enfants I.M.C et dont 25% parmi eux souffrent de troubles oculaires qui entraînent une baisse de vision.

- les enfants spastiques présentent 02 fois plus de troubles oculaires que les athétosiques.

TIZARD affirme qu'environ 25% des enfants spastiques hémiplésiques sont atteints d'hémianopsie, c'est-à-dire d'un trouble du champ visuel telle qu'une partie de ce champ manque. Comme, il a remarqué, aussi, que l'hémianopsie était associée, généralement, à des troubles de la sensibilité du côté atteint.

Nous avons déjà abordé le problème de des agnosies auditives. Il est difficile de faire un diagnostic différentiel entre une surdité de transmission et une surdité

d'origine centrale ou une aphasie sensorielle et l'arriération mentale (non réaction au langage).

On évalue à 20% des enfants I.M.C ceux qui souffrent de baisses auditives

Les enfants athétosiques sont plus souvent atteints que les spastiques. Ceci s'explique par le fait que beaucoup d'entre-eux ont souffert d'ictère nucléaire et que leurs troubles auditifs sont d'origine centrale.

Il existe également d'autres perturbations, celles qui sont liées à la sensibilité tactile chez les hémiplegiques et celles attachées au degré de la sensibilité à la douleur, aux différences de la température, des textures et aux vibrations.

Comme il est noté le nombre assez élevé des enfants I.M.C qui présentent des perturbations au niveau du sens cinesthésique qui reste assez élevé.

Le terme cénesthésie désigne l'impression générale qui résulte d'un ensemble de sensations internes non spécifiques (sensations cénesthésiques ou organiques).

3- les troubles du langage :

De très nombreux enfants I.M.C sont atteints de troubles de langage, parmi eux, il existe ceux qui sont complètement muets ou parlent mal ou présentent des défauts d'articulation ou de prononciation. Ces troubles de langage sont généralement d'origine motrice. On parle dans ce cas de dysarthrie, et ce sont des troubles qui atteignent souvent les athétosiques.

La mutité peut-être due à une perte auditive grave, et les enfants I.M.C qui parlent mal peuvent-être sujets à la débilité mentale. Par contre, il y en a d'autres qui ont des troubles émotionnels et bégayent par exemple. Enfin un nombre non négligeable sont aphasiques. L'aphasie est un trouble du langage qui dû à une lésion de l'hémisphère centrale gauche, presque toujours associé à une hémiplegie droite.les aphasies sont donc superposables aux hémiplegies auxquelles elles sont fréquemment associées.

On distingue classiquement : les aphasies et les dysarthries. Les dysarthries sont faciles à reconnaître en ce sens que malgré les difficultés qu'elles posent et qu'elles connaissent les personnes atteintes parlent et elles parlent même beaucoup.

Par contre distinguer les aphasiques de ceux qui ne parlent pas à cause des troubles émotionnels c'est différent car les aphasiques ont très souvent des problèmes de ce genre.

4- les troubles épileptiformes :

D'après les différents auteurs 35 à 60% est le nombre d'enfants I.M.C qui dans ce cas. Il existe une association entre I.M.C et épilepsie. Les spastiques seraient 3 fois plus atteints que les athétosiques.

Le dépistage est donc capital compte tenu des incidences que cette affection peut avoir sur la rééducation.

5- les déficits intellectuels globaux :

Une controverse existe depuis longtemps chez les spécialistes de l'I.M.C. Certains telle que Francine ROBAYE (l'enfant au cerveau blessé) estime que la proportion des retards intellectuels chez les I.M.C est plus forte que chez les enfants non handicapés. La moitié environ est considérée comme déficiente mentale ($Q.I < 70$).

Il semble que de telles positions ne prennent pas en compte ce qu'on devrait appeler plutôt efficacité intellectuelle et qui s'explique, en fait, par un facteur général ou facteur de raisonnement (c'est le facteur G de Spearman et des facteurs de portée plus limitées).

Il serait donc souhaitable, et pour mieux définir l'aptitude intellectuelle d'un individu, de mesurer séparément ce facteur général d'intelligence et les facteurs complémentaires les plus importants, comme le facteur de la langue et le facteur d'organisation de l'espace environnant. Les tests appliqués dans l'évaluation des enfants atteints de paralysies dites stabilisées démontrent bien que le niveau intellectuel n'est influencé par le handicap moteur. Ce qui veut dire par ailleurs qu'il n'existe pratiquement pas de relation entre le degré de troubles moteurs et le niveau des aptitudes intellectuelles, mais il est habituel de rencontrer des efficacités très différentes chez un même handicapé en ce qui concerne le facteur complémentaire.

Par exemple, si l'on se place dans le cadre du syndrome de Little, associant un certain nombre de troubles moteurs, les malades sont le plus souvent des anciens prématurés présentant une diplopie spasmodique des membres inférieurs avec, en général, une atteinte associée des membres supérieurs. Le schéma le plus fréquemment rencontré est celui d'une bonne aptitude de langage avec un déficit de raisonnement et une grande pauvreté dans le domaine de l'organisation spatiale.

Nous rappelons que la précision apparente des scores obtenus dans la mesure du quotient intellectuel ne doit aucunement faire illusion dans l'évaluation des aptitudes mentales de l'I.M.C et c'est ainsi dans n'importe quelle utilisation à l'échelle individuelle.

C'est en effet une pure convention que de décréter que la moyenne générale d'une population est fixée à 100 avec un écart-type proche de 15 à 20. Une variation de quelques points n'a pratiquement jamais de signification.

APPROCHE PRATIQUE

Préambule :

La recherche scientifique nécessite, en plus de l'approche théorique et conceptuelle, un travail pratique qui consiste à évaluer les informations recueillies et avancées au préalable, dans le but de vérifier leur crédibilité scientifique.

C'est ainsi, à partir de postulats philosophiques développés dans l'apport théorique, nous avons construit l'architecture du travail pratique, après avoir rassemblées les informations qui nous ont permis cette élaboration. Cette œuvre est agencée aux éléments de la problématique posée et liée à l'objet de notre recherche. C'est ainsi que nous avons pu travailler directement avec l'échantillon soumis à l'étude et qui concernait les enfants hémiparétiques hospitalisés au CHU de Constantine (service de rééducation fonctionnelle) et qui sont soumis à la rééducation fonctionnelle suite à leur niveau d'atteinte neurologique (hémiparésie) et les enfants atteints d'Infirmité Motrice Cérébrale au Centre Psychopédagogique Daksi II Constantine.

L'intérêt était de saisir les réalités du terrain et les analyser dans le but d'obtenir des réponses à travers l'utilisation d'outils d'évaluation et des exercices permettant ainsi leur lecture en fonction des postulats hypothétiques et les niveaux opérationnels.

A- Les enfants hémiparétiques :

Pour le travail sur les enfants hémiparétique, nous nous sommes inspirés des travaux effectués sur le terrain par les spécialistes en rééducation fonctionnelle. Notamment les techniciens qui restent les personnes les plus impliquées dans l'œuvre rééducative. Leur savoir faire n'est plus à démontrer vu l'expérience qu'ils ont cumulé durant des années au sein de ce service, leur compétence professionnelle et leur qualité humaine. Qu'ils trouvent dans ce modeste travail toute la reconnaissance et le respect qui leur sont dus.

L'option pour la méthode rééducative a été prise en commun accord avec les rééducateurs à partir de l'hypothèse avancée au préalable.

1-L'approche rééducative des hémiparétiques :

L'appareil locomoteur est constitué d'un ensemble d'éléments en intégration harmonieuse permettant la vie de relation. Sa conception unitaire est considérée comme déterminante du mouvement dans le système de la vie de relation et

permet de mieux comprendre non seulement la physiologie et la physiopathologie clinique, mais encore les bases thérapeutiques dans le domaine de la réadaptation.

L'appareil locomoteur est composé d'unités dynamiques coordonnées entre elles et dont l'objectif est le mouvement utilitaire.

L'unité dynamique est un ensemble anatomo-physiologique périphérique qui conditionne la fonction articulaire. Quand la relation harmonieuse de ses composants est perturbée, où une de ses structures est lésée, la disjonction et la perte de la fonction apparaissent en donnant de nouveaux aspects physiopathologiques nécessitant une prise en charge et une réadaptation adéquate que prenne en considération l'unité dynamique comme précurseur du mouvement utile d'une part et du patient comme unité psychologique et sociale d'autre part. L'efficacité de l'appareil locomoteur dépend de la physiologie des unités dynamiques qui le composent ainsi de leur coordination entre elles d'une part et le monde extérieur d'autre part.

Dans le cas de lésion, le rendement des unités dynamiques dépend des fonctions restantes de ces dernières. L'altération d'une seule unité entraîne des perturbations et des réactions dans d'autres, c'est-à-dire que tout est solidaire et interdépendant en physiologie comme en physiopathologie.

La capacité de régénération des tissus dépend de leur différenciation et de leur origine indépendamment de leurs caractéristiques spécifiques. Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir une restriction et une intégration anatomophysiologique dans de nombreux cas, il est indispensable de lutter et de s'efforcer d'obtenir au moins une fonction suffisante pour permettre une vie de relation indépendante, d'où l'intérêt de prendre conscience d'un ensemble de niveau de réadaptation avec l'ensemble des racines de cette dernière qui ont permis de stimuler la croissance de l'arbre de la rééducation fonctionnelle, tel qu'il existe actuellement, pour cela il est impératif de prendre en considération les critères suivants :

- * la médecine avec ses possibilités de plus en plus grande, à améliorer la présentation et l'abord thérapeutique ;

- * la physiothérapie comme usage combiné et coordonné de mesures médicales, sociales éducatives et professionnelles, pour entraîner ou ré entraîner l'individu à son plus haut niveau de capacité fonctionnelle.

A partir de ce concept, on peut dire que la réadaptation n'est pas un processus passif d'aider, mais un processus actif d'instruction considérant le handicapé comme un tout et non comme une somme de systèmes. Ainsi, des mesures

doivent être prises au niveau de l'environnement immédiat du patient et de la société en général.

Cette dimension de l'approche rééducative doit constituer l'intérêt principal des praticiens pour une vigilance qui permet une approche rééducative précoce de l'homme global.

Cette approche thérapeutique est indispensable à la prise en considération d'un ensemble de variables qui permettent de cerner le problème pathologique chez l'hémiplégique d'une façon globale afin de pouvoir instaurer un schéma thérapeutique avec un pronostic favorable sur l'état du patient visant à priori les problèmes majeurs dont il souffre et en optant pour une méthode thérapeutique adéquate et la technique la plus performante.

2-Choix de la méthode rééducative :

Compte tenu de méthode rééducative actuelle, nous proposons une réflexion sur les meilleures façons possibles destinées à améliorer la prise en charge des hémiplégiques. Cette méthode vise à éliminer le maximum d'erreurs au profit d'une réadaptation adéquate.

Le souci est de permettre, en fonction d'une prise en charge correcte, une réinsertion scolaire et sociale du patient hémiplégique. Ce postulat mérite d'être posé car nous estimons que dans l'acte rééducatif l'élément pédagogique est important.

Pour saisir le sens de la démarche rééducative mise en application, il est important d'aborder les points suivants :

2.1-Organisation de la sensibilité :

Le système nerveux a une double fonction :

- ordonner les différentes parties du corps pour préserver le maintien de l'ensemble "Homéostasie".
- Ajuster les formules motrices à travers lesquelles le corps agit sur le monde extérieur.

Pour cela les centres nerveux reçoivent à chaque instant des informations sur les caractéristiques des différentes parties du corps.

La sensibilité corporelle ramène des informations sur l'état des structures de l'organisme, qu'il s'agisse de la sensibilité du corps ou des autres appareils de l'organisme, le schéma est semblable dans son mode organisationnel.

La stimulation mécanique (ou tact) est transformée en signal électrique par l'intermédiaire des récepteurs spécialisés, ce signal est lié aux centres nerveux par un neurone afférent.

Le message afférent comporte plusieurs signaux transmis par les fibres nerveuses "dispersion spatiale" et se succèdent dans le temps "dispersion temporelle". Ces signaux élémentaires exploitent certains aspects du message d'une façon élective, et certaines informations sont transmises par des voies relativement directes aux régions spécialisées du cortex cérébral.

L'étude de la somesthésie permet de mettre en évidence le double ordre organisationnel du système intégrateur, que ce soit la sensibilité discriminative "épicrotique" ou qualitative déterminée ou de la sensibilité protopatique ou quantitative.

Ces sensibilités sont soumises aux modalités temporo-spatiales de la stimulation, les dispositions permettent d'utiliser d'une part, les caractères généraux de la stimulation pour identifier une réponse globale de l'organisme, et d'autre part, l'élaboration motrice adaptée à la sensibilité discriminative, ce mode d'organisation contrôle réciproquement :

- l'influence des mécanismes non discriminatifs, sur l'efficacité de ces derniers, par l'intermédiaire des processus d'éveil et d'attention.
- le contrôle, à tous les niveaux, des afférences jusqu'au récepteur par des voies descendantes.

Donc, la somesthésie correspond aux différentes formes d'informations sensibles représentées par la sensibilité dite "consciente", si l'on écarte la somesthésie qui émane du fuseau neuromusculaire et possédant un rôle dans la régulation du tonus musculaire non "conscient".

Ces informations ont pour l'organisme une double signification :

- une fonction d'alarme qui représente l'investissement des centres nerveux sur les modifications du milieu extérieur, d'où une adaptation locale ou régionale et globale permettant au corps de se mettre face à des situations nouvelles. Cela permet, aussi, la protection ou l'éveil du système sensitif, lequel à son tour sauvegarde et maintient l'intégrité de l'organisme.
- La deuxième signification est représentée par le moyen d'agir, c'est-à-dire l'exploration des formes et l'adaptation gestuelle, cela nécessite l'intégration temporo-spatiale de l'information.

A ces deux grandes fonctions de la sensibilité s'opposent deux dispositifs qui sont complémentaires : le système Lemniscal et le système extra Lemniscal.

Le système Lemniscal : c'est une voie directe, qui emprunte le ruban de Reil ou "Lemnisque Median", elle est pauci-synaptique et dont les relais sont caractérisés par la capacité d'accentuer la discrimination de l'information.

Le système Extra Lemniscal : c'est un système qui dépend de la sommation spatio-temporelle, il assure l'adaptation du message dont les caractères spatio-temporaux sont imparfaits.

2.2-Disposition anatomique des voies de sensibilité :

- le ganglion rachidien : il est situé sur la racine postérieure des nerfs rachidiens, ces derniers renferment les corps cellulaires des protoneurones responsables de la sensibilité, leurs prolongements périphériques donnent lieu à la constitution de la fibre sensitive afférente au sein des nerfs mixtes. Le prolongement central est immergé dans la moelle.

- Le récepteur sensitif : la fibre nerveuse sensitive, par son extrémité périphérique, constitue le récepteur sensitif qui est une terminaison susceptible de transformer la stimulation mécanique, chimique, thermique voire électrique en message afférent, sachant que chaque forme de sensibilité dispose de récepteurs spécifiques "Corpuscules de POCINI" (terminaisons annexées aux poils et corpuscules des MEISINGER pour le tact) (Fig.7, Annexe P.227).

Pour la sensibilité thermique "les Corpuscules de KRAUSE", leurs terminaisons libres sont responsables de la sensibilité douloureuse.

Ce que nous devons savoir, c'est que la spécificité des récepteurs n'est que relative à un type d'énergie déterminée.

Dans le même concept, des stimulations, d'autres natures, peuvent être efficaces avec la polyvalence des terminaisons nerveuses libres.

Ce mode de fonctionnement des terminaisons libres permet au système nerveux central d'être renseigné sur la nature et la qualité de l'information, ce que nous appelons "Phénomène d'adaptation" ou plasticité du système nerveux.

- Les afférences sensitives : elles renferment des fibres nerveuses, très variables au point de vue calibre et vitesse de conduction. Les fibres calibres proviennent des fuseaux neuromusculaires, en s'engageant dans les voies spino-cérébelleuses, sachant que ces voies n'interviennent pas dans la sensibilité consciente. Par contre, les fibres de petits calibres sont responsables de la transmission des informations tactiles et articulaires "sens de position du corps ou d'un segment du corporel", une troisième catégorie de fibres est responsable de la sensibilité thermo-algésique.

- Le prolongement central des premiers neurones sensitifs : les axones des protoneurones sensitifs se répartissent à leur entrée dans la moelle en deux groupes :

2.2.1-le Système Lemniscal :

Dans ce système, les afférences sont formées par des fibres myélinisées, mises en jeu par les récepteurs du tact et de la sensibilité profonde qui leur donnent la possibilité de répondre de façon élective à une stimulation définie par une forte décharge de brève durée.

Ces fibres immergent dans le cordon postérieur homolatéral pour former les faisceaux de GOLL et de BURDACH, leurs articulations avec les deuxièmes neurones font au niveau du bulbe, dans le noyau de GOLL et BURDACH, les cylindraxes des deutéronomes croisant la ligne médiane puis rejoignant le RUBAN de REIL, pour former le LEMNISQUE MEDIAN. Les fibres du système lemniscal se placent, enfin, à la partie externe du cordon postérieur. (Fig.5, Ann. P.228)

Tout cet ensemble de fibres est en relais avec un troisième neurone au niveau du noyau ventro-postéro-latéral du thalamus. (Fig.4 , P.228)

A ce niveau, les projections lemniscales ont une somatotropie précise :

- . La face se projette dans la partie interne "Noyau arqué".
- . Le tronc se projette dans la partie externe.
- . Les membres se projettent dans la partie inférieure.

.La bouche et les mains et les pieds ont une représentation particulièrement développée, leurs projections sont exclusivement controlatérales, sauf pour la région buccale.

Le système lemniscal a une riche représentation corticale, essentiellement au niveau de l'aire somesthésique I qui occupe la circonvolution pariétale ascendante, où nous trouvons, de bas en haut, les représentations de la face, des mains et des membres supérieurs. Et, à la face interne de l'hémisphère "Lobule Paracentral" la représentation des membres inférieurs et des pieds.

Dans le lobe Paracentral, comme dans le thalamus, les projections sont controlatérales, à l'exception de la bouche et sa région, ainsi nous retrouvons une représentation très importante de la face, la main et plus spécialement le pouce.

Le système lemniscal ne projette que faiblement sur l'aire somesthésique II qui se trouve au versant de la scissure de SYLVIVUS où les projections sensibles sont bilatérales. (Fig.1 Annexe P.228)

2.2.2-le Système Extra Lemniscal "Spino Thalamique" :

Dans cette voie, il faut noter l'existence schématique de deux contingents qui ont une signification différente :

- les contingents néo-spino-thalamique qui ressemblent au point de vue anatomique et fonctionnel au système lemniscal.
- le contingent paléo-spino-thalamique : il est organisé d'une façon différente du contingent précédent. Il est représenté par un réseau multisynaptique, une multitude de relais et sur ces derniers nous notons la convergence des informations constituant un niveau d'intégration qui contrôle la réaction motrice et végétative.

Au niveau de la corne postérieure, les neurones, de cette voie, contrôlent les réflexes, témoignant d'une interdépendance d'une population neuronale de la corne postérieure. Ces réflexes, au départ cutané et les actions vasomotrices au niveau de la corne postérieure, sont intégrés dans tous les étages de la moelle. Le niveau d'intégration n'est pas limité à un seul étage médullaire, d'où une complexité des réflexes.

L'information sensitive tend à se spécifier pour donner naissance à une sensation grossière. Donc, nous pouvons dire que le contingent paléo-spino-thalamique est une voie polyvalente dans l'acheminement des informations sensibles, que ce soit la sensibilité tactile discriminative ou sensibilité quantitative.

3-Organisation physiologique :

3.3.1- Voie lemniscale : la fonction principale de la voie lemniscale est d'adresser au cortex cérébral des messages relatifs à la sensibilité tactile et l'emplacement des articulations lors du mouvement (sens kinesthésique). Ce qui est le plus important dans ce système, c'est la spécialisation des récepteurs dans la rapidité de la conduction comme tenu du nombre minime des relais.

Il faut aussi noter qu'il existe un mode de fonctionnement des relais de cette voie (voie de GOLL et de BRDACH) qui augmentent le caractère discriminatif de l'information afférente par l'intermédiaire des convergences et d'inhibition réciproque, qui donnent un effet de contraste, c'est-à-dire à partir d'une stimulation périphérique, nous obtenons un enregistrement de l'activité de deux neurones dont l'un actif et l'autre inhibiteur.

3.3.2- La voie extra lemniscale : dans cette voie, il faut noter l'existence schématique de deux contingents qui ont une signification différente :

- Le contingent néo-spino-thalamique qui ressemble au système lemniscal au point de vue anatomique et physiologique.
- Le contingent paléo-spino-thalamique, il est organisé d'une façon différente du précédent. Il est représenté par un réseau multisynaptique, il existe beaucoup de

relais sur ces derniers, nous notons la convergence des informations constituant de la sorte un niveau d'intégration qui contrôle la réaction motrice et végétative. Dans la corne postérieure, ces neurones contrôlent les réflexes témoignant une interdépendance d'une population neuronale de cette corne.

Ces réflexes au point de départ cutané et les actions vasomotrices au niveau de la corne postérieure sont intégrés dans les étages de la moelle. Le niveau d'intégration n'est pas limité à un seul étage médullaire d'où une complexité des réflexes.

L'information sensitive tend à se spécifier pour donner naissance à une sensation grossière. Donc, nous pouvons dire que le contingent pléo-spino-thalamique est une voie sensitive polyvalente dans l'acheminement des informations sensibles, que ce soit la sensibilité discriminative ou quantitative.

4-Les perturbations sensibles chez les hémiplegiques :

4.1-Introduction :

Les perturbations sensibles et perceptives chez l'hémiplegique constituent un sérieux handicap pour le malade et le mode de prise en charge, ce qui influe défavorablement sur le mode de récupération motrice et pouvant aboutir à des états psychologiques très variés chez le sujet en souffrance.

A l'état normal le mouvement peut se déclencher à trois niveaux : cortical ou volontaire, extra pyramidal ou automatique, médullaire ou réflexe. Pour que ce mouvement puisse se réaliser, il faudrait que ces niveaux d'intervention soient intacts, d'où la nécessité d'une intégrité correcte du système nerveux central avec tous les éléments de l'unité dynamique. Le mouvement est le principal caractère de notre vie de relation.

Selon MARGARET REINHOLD (1) « le mouvement volontaire dépend, en partie de :

- la perception des sensations superficielles et profondes
- la force du mouvement et de la coordination ».

Ajoutant à cela, des stimulations sensorielles, en provenance de l'extérieur (extérocepteurs, particulièrement les récepteurs à distance, les yeux et les oreilles). L'intégration de ces organes dans le processus du déroulement de l'acte moteur donne lieu à une meilleure coordination motrice adaptée au mode de stimulation.

L'acte moteur déclenché par ces stimulations est soumis, le long de la course musculaire, à une constante rétroaction des propriocepteurs des tendons

(1) MARGARET REINHOLD (1982) : **Abrégé de Neurologie**, éd. Masson, New York, P.224

musculaires et des articulations. Ainsi, le cortex cérébral agit comme un tout indissociable et l'aire sensitivo-motrice agit comme une unité fonctionnelle

4.2- Constat général sur les troubles sensitifs chez les hémiplésiques :

Suite à notre enquête sur les troubles sensitifs chez les hémiplésiques au service de rééducation fonctionnelle, service de neurologie et de médecine interne, nous avons constaté un ensemble d'états d'hémiplégie dont les atteintes sont différentes au point de vue lésionnel, c'est-à-dire au niveau du type de la lésion et de ses caractéristiques temporelles et nous avons pu noter :

- les manifestations des troubles sensitifs se caractérisent, le plus souvent, par des symptômes sensitifs propres au type de la lésion et aussi de son étendue et des modalités de la survenue de l'hémiplégie ; et en fréquence, elles donnent lieu à des troubles de la sensibilité thermoalgésique. Les principaux troubles sont :

- les troubles sensitifs de perception tactile
- les troubles sensitifs liés à la vision et à l'audition
- les troubles de la sensibilité profonde

Ces perturbations sensitives sont accompagnées d'attitudes comportementales, expliquant la nature et l'intensité de ce désordre sensitif où nous constatons une ignorance totale du côté hémiplégié dans les hémianesthésies, avec ignorance des objets situés du côté atteint.

Cette sensation rend le malade peu concerné par son incapacité de bouger ou par la maladresse du côté atteint tout entier.

Cette hémianesthésie touchant le côté controlatéral de la lésion affecte l'image du schéma corporel, avec, le plus souvent, des détériorations auditives et visuelles, une aphasie, avec la possibilité d'une complication de ce désordre sensitif dépendant du degré de vigilance du patient.

Selon BRAIN 1979 « l'appréciation de la posture du mouvement passif est souvent sérieusement touchée, de même que celle du tact épicrotique et de la discrimination des deux points du compas dans l'estimation de la forme, de la taille et de la texture. L'aspérité des objets est souvent perturbée. Si le patient reconnaît l'aspect qualitatif de la douleur, du chaud et du froid devant deux stimulations thermiques choisies, dont les températures moyennes, il lui est difficile de dire laquelle est la plus chaude » (1).

Notant aussi l'existence, parfois, des symptômes d'inattention ou d'extinction, c'est-à-dire que si l'on touche deux points au niveau des membres supérieurs ou

1- BRAIN (1979) : **Actualités de Rééducation et Réadaptation**, éd. Masson, Milan, New York, Barcelone, P.117

inférieurs, l'appréciation du toucher est uniquement du côté sain, à condition que les deux points touchés soient identiques; par contre, si l'on touche uniquement le côté lésé, le toucher peut-être perçu.

Il faut noter, aussi, que les troubles sensitifs chez les hémiplegiques peuvent-être aggravés par des facteurs généraux, telles que l'artériosclérose, la sénilité et les périodes intermittentes de confusions justifiant des attitudes comportementales chez l'hémiplegique.

4.3-Les caractères sensitifs selon le type de lésion:

4.3.1- Dans les lésions thalamiques :

Dans cette catégorie de lésions, les troubles de la sensibilité sont la conséquence de la lésion du noyau ventro-postéro-latéral du thalamus qui présente les relais de la voie lemniscale et du contingent néo-spino- thalamique.

La prédominance habituelle des troubles sensitifs dans les lésions thalamiques se fait sur les modalités discriminatives de la sensibilité, sens de position, localisation e discrimination tactile.

L'astérognosie, phénomène de la main ataxique, est le plus souvent le grand signe de la sensibilité dans ce type de lésions, sans oublier l'atteinte discrète de la sensibilité thermo-analgésique.

4.3.2- Dans les lésions du cortex cérébral :

La prédominance du déficit dans les lésions du cortex cérébral est le résultat de la lésion du cortex pariétale, le désordre sensitif est caractérisé par des troubles sensitifs discriminatifs et élaborés avec une atteinte de la sensibilité élémentaire (Tactile, Thermo-algésique) qui se limite uniquement à une hypoesthésie.

L'astérognosie dans les lésions corticales est caractérisée par l'incapacité d'identifier les objets par la palpation, en l'absence des troubles de la sensibilité élémentaire.

En revanche, les troubles sensitifs subjectifs dans les lésions du cortex surviennent, le plus souvent, dans les tableaux cliniques suivants, tels que l'épilepsie sensitive, les accidents vasculaires cérébraux transitoires et la migraine.

Il s'agit le plus souvent de picotements, de fourmillements et d'engourdissements.

Les sensations thermo-algésiques sont rares, des perturbations peuvent affecter tout l'hémicorps controlatéral lors de la lésion, comme elles peuvent-être

limitées à la face et à la main (atteinte chairo-orale). Une autre catégorie a été observée et se caractérisant par une hypertonie musculaire, contrairement aux autres cas d'hémiplégie flasque et récente.

Cette hémiplégie spastique est le résultat d'une atteinte cérébrale d'installation progressive aggravée par une mauvaise prise en charge rééducative et qui va être, au cours de son évolution, un vrai handicap nécessitant une approche rééducative minutieuse, avec une parfaite connaissance des données fonctionnelles et biologiques du système nerveux et de sa physiologie ; ajoutant à cela, une approche psychologique tenant compte des effets psychologiques de l'atteinte d'une part et des modalités d'exagération de la spasticité, sous l'influence des états d'âme, d'autre part.

D'une façon globale, nous avons constaté dans les hémiplégies spastiques une hypertonie au niveau du membre supérieur siégeant au niveau des muscles fléchisseurs et des muscles extenseurs du membre inférieur avec une hyper réflexie. En plus des troubles ataxiques, il faut noter, aussi, une hypométrie conséquence d'une mauvaise coordination motrice.

Cette exagération des activités réflexes est le résultat d'une suppression de l'inhibition qui s'exerce normalement au niveau supra spinal sur les activités réflexes lors de l'acte moteur volontaire.

Cette spasticité se manifeste au niveau segmentaire par une libération du système gamma qui agit, aussi, sur les motos neurones gamma, sous forme d'une hyperactivité de l'innervation fusomotrice dynamique. Suite à cette hypertonie, nous pouvons observer des phénomènes de polycinétisme et du clonus par le fait d'une décharge prolongée et excessive.

Ainsi, la spasticité se présente sous forme d'activités réflexes myotatiques, avec un ensemble de syncinésies se caractérisant comme suit :

- les syncinésies globales : lors de l'exécution du mouvement du côté sain, l'hypertonie du côté atteint s'accroît, en exagérant la flexion du membre supérieur et l'extension du membre inférieur.
- Les syncinésies d'imitation : dans ce type de syncinésies, nous notons un mimétisme du côté atteint vis-à-vis du mouvement exécuté du côté sain, c'est-à-dire, le malade fléchit le membre sain et fléchit parallèlement le membre atteint.
- Les syncinésies de coordination : elles mettent en évidence les mouvements conjugués normalement inhibés. Cet aspect est à ne pas négliger pendant de la prise en charge rééducative.
- La rigidité hypercinésique : c'est un autre type d'hypertonie s'observant, généralement, dans les atteintes du système extra pyramidal. Dans le développement de l'organisation de la motricité, la fonction de ce système s'exerce sur le tonus musculaire et sur la motilité non volontaire, c'est-à-dire, les mouvements automatiques et les mouvements associés (les mouvements qui

requièrent un apprentissage et les mouvements qui ne demandent pas l'intervention de la volonté, tel que le balancement des bras lors de la marche). Les troubles sensitifs, dans les hémipariés spastiques, se caractérisent par un désordre de la perception, de la position aussi d'une agnosie caractérisée par la méconnaissance d'un objet, avec tous ces critères d'identification les autres sensibilités sont conservées.

5- Sémiologie de la sensibilité : les troubles sensitifs subjectifs :

5.1- la douleur : c'est le résultat d'une affection somatique indiquant le bon fonctionnement du dispositif somesthésique en réponse à des stimulations neuroceptives ; en revanche, il faut noter la douleur neurologique qui explique l'altération du système nerveux, s'observant lors des stimulations afférentes, pour cela, il faut noter :

- l'intensité et la qualité de la douleur, qui semblent difficiles à apprécier, dépendent étroitement du type de la personnalité du sujet.
- La topographie, les conditions du déclenchement et de sédation ainsi de la durée.

5.2- les paresthésies : ce sont des sensations anormales non douloureuses, de qualité variable, tels que les fourmillements, les picotements et sensations de raidissement cutané (peau cartonnée, amidonnée), parfois, elles sont à type de sensations thermiques.

Les conditions de déclenchement peuvent-être dues à des frôlements simplement superficiels des téguments. Il faut signaler que le mécanisme des paresthésies reste ignoré ; par contre, dans le cas des lésions corticales et périphériques du système nerveux, nous notons une relation étroite entre les paresthésies et l'atteinte des fibres à conduction rapide du système lemniscal. En revanche, les sensations hyperpathiques sont à l'origine d'atteinte du système extra lemniscal.

5.3- les cénesthopathies et psychalgies : ce sont des sensations anormales témoignant d'une altération de l'état psychologique du malade, elles sont différentes des douleurs et paresthésies. Elles sont atypiques et leurs facteurs de déclenchement dépendent de l'état psychoaffectif du patient.

- chez le déprimé, nous notons un sentiment de culpabilité et de dégradation.
- chez l'anxieux, les différentes sensations se greffent sur un cortège de manifestations végétatives.
- Chez l'obsédé, ce sont tout d'abord des cas très rares dans les atteintes centrales. Les cénesthopathies se traduisent par un sentiment de fixation et de doute.

- Chez l'hypocondriaque, elles se caractérisent par esprit revendicatif.
- Chez l'hystérique, nous constatons un développement de l'hémiplégie suite à un blocage psychologique, c'est un état psychoaffectif typique se distinguant par beaucoup d'anesthésie de l'hémicorps atteint.

6-Examen des modalités élémentaires de la sensibilité:

Cet examen repose principalement sur l'étude de la perception tactile, de la douleur, de la température et de la dégradation des différents types de la sensibilité. Il faut évaluer, donc, la perception ou la non-réception quand il s'agit d'une anesthésie ou simplement d'une hypoesthésie par rapport à une sensibilité zonale normale.

La sensibilité tactile : elle est explorée à l'aide d'un coton tige, simplement d'un doigt ou par la mobilisation des annexes (polis).

La sensibilité thermoalgésique : elle est explorée par le moyen de pression d'un tendon ou d'un organe mou ou simplement à l'aide d'une épingle. Pour la sensibilité thermique, nous utilisons des tubes contenant de l'eau froide entre 5° et 15° ou chaude dont la température varie entre 40° et 45°. Une température basse ou plus élevée risque de provoquer, beaucoup plus, une douleur qu'une sensation caractéristique.

7-Examen des capacités de discrimination sensitive :

La position d'un segment corporel est observée et étudiée principalement à l'extrémité distale du membre, cette exploration permet de déceler les altérations discrètes de la sensibilité profonde.

L'ataxie est le caractère principal de la perturbation motrice due à la dégradation du schéma corporel et du sens kinesthésique, en provenance de la sensibilité articulaire. L'appréciation de ce sens chez l'hémiplégique peut-être aggravée davantage en cas d'atteinte oculaire associée, surtout en cas d'hémianopsie.

Le talonnement, l'instabilité au demi-tour, la chute non latéralisée, la station debout pieds joints et yeux fermés (signe de ROMBERG) font partie de la sémiologie ataxique. Les manœuvres, doigts, nez, talon sur le genou et de la préhension aveugle permettent d'apprécier la défaillance gestuelle chez l'hémiplégique.

8- la sensibilité vibratoire paleosthésique :

Ce type de sensibilité est exploré à l'aide du diapason, sur une surface osseuse, ce dernier est maintenu sur la surface à explorer jusqu'à ce que le malade cesse

de percevoir les vibrations, puis nous nous assurons que les vibrations sont perçues par le patient lui-même ou par l'évaluateur.

Les topoesthésies : elles sont évaluées à partir de la localisation d'un poids avec précision "baresthésique" qui permet la distinction de deux stimulations simultanées et parallèlement nous étudions les capacités de discrimination spatiale, à l'aide d'un compas de Weber ou à l'aide de deux épingles, en tenant compte de la distance qui doit exister entre les deux points pour que la stimulation soit perçue. Cette distance doit varier considérablement en fonction de la région à explorer.

L'extinction sensitive représente un phénomène pathologique caractérisé par le fait qu'une stimulation perçue séparément, lorsqu'elle est portée de chaque côté du corps, n'est plus ressentie du côté sain lorsqu'elle est portée sur les deux hémicorps. Ce désordre sensitif s'accompagne souvent de perturbations de l'adaptation sensitive.

9- Examen des aspects élaborés de la perception sensitive: (Schéma N° 09, voir Annexes P.230).

9.1- la stéréognosie : la stéréognosie est la faculté d'identifier l'aspect, la texture et la consistance d'un objet par la palpation. Pour explorer cette sensibilité, nous plaçons un objet usuel dans la main invalide du malade et s'il tarde à donner une réponse, et à titre de contrôle, nous plaçons le même objet dans la main du côté sain.

Cette étude analytique permet de distinguer beaucoup d'aspects de la stéréognosie, telles que la reconnaissance de l'aspect de l'objet, la forme, la texture ainsi que la matière qui compose l'objet. Cette reconnaissance est, normalement, rapide sachant qu'il faut tenir compte, aussi, de certains signes d'accompagnement telle que l'aphasie qui présente une gêne fonctionnelle importante.

9.2- la graphesthésie : c'est la capacité d'identifier des lettres, des chiffres ou encore des figures géométriques tracées sur les téguments du patient. Cette sensibilité élaborée est sous la dépendance du système lemniscal, parfois nous constatons qu'il existe un effet de contraste entre l'astéréognosie et la discrétion de l'atteinte.

10-Service de rééducation fonctionnelle et mode de prise en charge actuelle des hémiplegiques :

Il est important de souligner certaines insuffisances en matière d'approche thérapeutique, au sein du service de rééducation, car c'est une réalité vécue quotidiennement.

Il ne s'agit pas uniquement pour le praticien d'y voir plus clair et de corriger les impotences des malades par une préparation du malade à s'accepter, tel qu'il est, donc accepter une fatalité, mais à introduire graduellement un réapprentissage des hémiplegiques à la vie sensorielle et motrice, tout en les poussant à faire le maximum et à puiser au fonds d'eux même.

Il s'agit de cerner les problèmes de ces personnes et de réfléchir sur leurs capacités actuelles et leurs possibilités futures, tenant compte de leurs âges, de leurs sexes et de leurs milieux de vie, afin de leur permettre une réintégration sociale et professionnelle acceptable.

Tout cela ne peut s'obtenir que par une prise en charge rééducative correcte et efficace qui tient compte de ce que nous sommes devant un cas pathologique, psychologique et social qui a perdu la faculté de parler et de se mouvoir. Que pouvons-nous dire de sa réaction vis-à-vis de la pratique rééducative ?

Le service de rééducation fonctionnelle tel qu'il se présente actuellement, et de part son organisation, n'est pas en mesure de répondre aux besoins et aux attentes des hémiplegiques. Cela se justifie par la forte affluence de malades d'une part, 70 malades avec différentes atteintes défilent quotidiennement de toutes les régions de l'Est du pays et le manque de moyens matériels et humains. Le temps imparti à une séance de rééducation fonctionnelle normale ne peut pas être respecté alors que la préparation psychologique est totalement absente.

La prise en charge kinésithérapique actuelle des patients hémiplegiques ne s'intéresse qu'à l'aspect moteur de l'atteinte et aucune tentative de rééducation sensitive n'est entreprise et ceci depuis toujours.

Il faut ajouter à cela l'absence d'un travail psychologique approprié, attribué à un spécialiste, psychologue clinicien, qui doit représenter le premier paramètre de toute approche rééducative, car à notre sens une préparation psychologique des handicapés leur permettrait de s'insérer exhaustivement aux différentes modalités de rééducation fonctionnelle, d'autant plus que les patients hémiplegiques arrivent tardivement au niveau du service, tout en véhiculant avec eux toutes les tares et les carences de l'absence du soutien et de l'aide psychologique.

Certains, parmi eux, subissent sévèrement l'effet de l'hospitalisation prolongée, contraignante, éprouvante et surtout angoissante. D'autres, par contre sont pris en charge en ambulatoire par une prescription d'une ordonnance dans les meilleurs des cas. Alors que, normalement l'approche thérapeutique et

rééducative des hémiplegiques doit être la tâche et le souci commun des médecins, rééducateurs, infirmiers et psychologues et tous ceux qui représentent, pour ces patients une forme de support social et médical.

11-Constataions cliniques :

Notre échantillon est constitué de 07 enfants atteints d'hémiplégie qui suivent une rééducation fonctionnelle.

Quatre malades ont été admis dans un mauvais état de santé très altéré, l'âge moyen est de 11ans, deux malades demeurent à Constantine, leurs pères sont commerçants de profession. Le troisième demeurant à Hamma Bouziane, le père est agriculteur. Le quatrième malade est une fille de 10 ans réside à Ain Abid, les parents sont sans profession.

Selon l'interrogatoire des parents, nous notons la notion d'une hypertension artérielle, avec présence d'un diabète ancien au sein de deux familles. L'installation de l'hémiplégie semble brutale, l'examen clinique neurologique révèle un coma stade III et une aréflexie du côté droit avec une paralysie faciale associée.

Les trois autres malades sont âgés respectivement de 9, 10 et 12 ans dont deux filles sont originaires de Constantine et un enfant demeure à Chelghoum Laid. Ils étaient admis, au service, pour un déficit moteur et sensoriel du côté gauche.

A l'examen, nous retrouvons une hémiplégie gauche incomplète d'installation progressive, marquée au début par des troubles sensitivomoteurs des membres supérieur et inférieur gauches. Suite à notre constat, nous avons retenu uniquement le deuxième groupe de patients, du fait qu'il présente toutes les caractéristiques sensitivomotrices, c'est-à-dire une hémiplégie flasque.

Par ailleurs, il nous a été impossible, dans un premier temps, d'entreprendre objectivement notre travail, du fait de l'état de conscience des patients ainsi de la flaccidité du côté droit, ce qui nous a obligé à attendre quelques jours pour commencer notre approche thérapeutique, mais cela ne nous a pas empêché de procéder précocement à établir un bilan kinésithérapique initial, sur lequel repose notre prise en charge précoce qui a nécessité la mise en place de certaines mesures qui servent, comme plate forme, à notre travail.

Les bilans kinésithérapiques ont été établis afin de pouvoir cerner le problème sensitivomoteur et ses conséquences sur l'état de l'appareil locomoteur et dont les objectifs représentent un temps capital pour l'appréciation de l'état pathologique d'une part, et d'autre part pour instaurer un schéma thérapeutique précoce et adéquat.

12-Bilans kinésithérapiques :

12.1- Bilan orthopédique : toute paralysie, qu'il s'agisse d'une paralysie vraie ou d'une impossibilité de commande volontaire, aboutit à une immobilité articulaire, avec tout ce qui s'en suit de rétroactions tendineuses et capsulo-ligamentaires, assez gênantes par la suite, aussi bien pour le patient que pour le rééducateur.

Dans notre groupe de patients, nous notons :

- une attitude vicieuse en adduction et en rotation interne de l'épaule droite.
- Une pronation de l'avant bras et de la main droite.
- Une attitude vicieuse en rotation externe de la hanche droite, avec une attitude vicieuse en varus équin du pied droit. En revanche, les amplitudes articulaires sont normales.

12.2- Bilan trophique : nous notons : une rougeur au niveau des points de compression due au contact avec le plan du lit, ce qui témoigne d'un signe d'alarme des escarres avec une hyper sudation. Par ailleurs, il n'y a pas de troubles circulatoires ni de mauvaise circulation périphérique.

12.3- Bilan musculaire : nous avons constaté un début d'une amyotrophie massive du côté droit avec une hypotonie de tous les groupes musculaires. Par ailleurs, le testing musculaire n'a pas été établi du fait de la flasticité du côté droit.

12.4- Bilan fonctionnel : il est caractérisé par :

- une impotence fonctionnelle du côté droit.
- Une aphasie compliquant le mode de communication des malades.
- Des phases intermittentes de sommeil et de coma justifiant l'état de conscience du patient.

12.5- Bilan psychologique : l'atteinte sensitivomotrice et l'aphasie, devant une aide sociale très faible que nécessitent de telles situations, représentent un handicap lourd pour ces patients. Ainsi, cet état a favorisé une indigence fonctionnelle avec une très mauvaise représentation du schéma corporel et une ignorance totale du coté atteint. Cette mauvaise reconnaissance de soi a favorisé l'installation d'une attitude d'inattention et d'une absence de toute forme de motivation ; ce qui a poussé les malades a utilisé, de plus en plus, le côté valide pour accomplir certaines activités d'utilité majeure.

Cela, a favorisé, à son tour et d'une manière étroite l'apparition d'un comportement de dépendance vis-à-vis des autres, ce qui a désintéressé les malades à suivre leurs séances de rééducation d'une façon régulière.

Dans la plupart des cas, un syndrome dépressif, sur un terrain dépourvu de toute réaction adverse, peut se rajouter aux problèmes liés à l'atteinte. Sachant que le mouvement est un vécu du corps dynamique et existentiel ; ainsi, il est le seul moyen d'accès pour le changement des paramètres de la personnalité, surtout chez les handicapés, en général et chez les hémiplegiques, en particulier, qui est fragilisé physiquement par la paralysie et psychiquement par le retentissement de l'atteinte, et par la déficience du support médical et social, lesquels, normalement, représentent pour ces handicapés la source d'espoir d'une éventuelle reprise de l'activité motrice.

Ainsi, l'exigence du milieu à se prendre en charge et la forte demande de soi à se mouvoir, le plutôt possible, aggravent l'état physique et psychique des patients, et comme l'a souligné S. FREUD (1) : « une structure peut-être compensée, tant qu'elle n'est pas soumise à de trop fortes exigences internes et externes ».

12.6- Bilan sensitif : pour notre approche thérapeutique la nécessité d'établir un bilan sensitif correct et précis, demeure une obligation qui va servir comme base de la prise en charge rééducative des troubles sensitifs.

Ce bilan est différent du bilan neurologique classique, car il doit porter sur tous les aspects de la sensibilité chez l'hémiplegique. Pour cela, il nous semble indispensable de prendre quelques précautions pour son élaboration :

- Il doit être pratiqué dans un endroit calme et dans un temps record, afin d'éviter la fatigabilité des patients.
- Il doit être obligatoirement comparatif avec le côté sain pour s'assurer d'une bonne compréhension des sujets et d'une comparaison précise et active.
- Il est indéniable d'établir des fiches de test comportant toutes les modalités de sensibilité, ces fiches nous permettent d'instaurer un schéma thérapeutique spécifique au type du désordre sensitif ; avec, bien sûr, des tests de contrôle de la sensibilité et des examens tous les 20 jours et cela durant la période de la prise en charge rééducative.

Le bilan sensitif est caractérisé par :

- une abolition des réflexes ostéo-tendineux

1-FREUD S (1990) in Revue de **Psychologie Médicale**, N°8, Edition S.P.I Médical, Paris, ISSN, P.723

- les modalités de la sensibilité élémentaire et élaborée étaient très difficiles à apprécier du fait de l'état de conscience des patients et de l'aphasie qui nous a contraints à patienter quelques jours afin de pouvoir élaborer un bilan sensitif correct et objectif. Cette période, nous a permis de remarquer l'amélioration de l'état de conscience chez trois malades, malheureusement le quatrième est décédé, suite à des complications cardio-vasculaires où nous avons noté :

- une astéréognosie droite
- une anesthésie du côté droit
- une perturbation des modalités de la sensibilité profonde
- une détérioration des modalités de la sensibilité tactile
- une perte de la mémoire gestuelle "sens kinesthésique"
- une perturbation de la sensibilité thermoalgésique

Par ailleurs, nous notons la présence de quelques ébauches de récupération motrice très discrètes.

12.7-Conclusion du bilan kinésithérapique :

Dans notre approche clinique, nous avons constaté l'existence d'un ensemble de problèmes, qui constituent, à la fois, la conséquence de la lésion cérébrale et sa répercussion sur l'état psychologique des patients hémiplégiques.

L'absence de la commande volontaire, du côté droit, associée aux problèmes de l'état de la conscience a fait du côté atteint un objet de désordre articulaire musculaire et trophique.

La fente et l'hypotonie musculaire ont donné lieu à une impotence fonctionnelle totale du côté droit. Ainsi, l'état des tissus en contact avec le lit risque de s'altérer dans l'absence d'activité.

Cet état est aggravé par les troubles sensitifs, et de là le risque d'escarres devient plus grand devant une carence en matière de nursing.

L'impotence du côté atteint prive les malades d'une vie de relation correcte, voire un mauvais rapport avec le même côté qui est compensé, le plus souvent, par le côté sain, ce qui nous amène à dire, tôt est la prise en charge des hémiplégiques, moins sont les désordres liés à l'atteinte.

13- Facteurs à effet sur la récupération sensitive et motrice :

Avant d'entreprendre le traitement kinésithérapique, il nous semble important d'incriminer un ensemble de facteurs qui peuvent remettre, à tout moment, en cause la démarche rééducative et le mode de récupération ; mais, il faudrait que l'on tienne compte de certaines réserves, car ni le diagnostic, ni le pronostic, ni la nature de l'individu malade ne sont suffisamment certains pour tenir d'une façon définitive un jugement d'échec. A notre sens, simplement, les facteurs qui suivent peuvent influencer d'une façon ou d'une autre notre méthodologie d'approche thérapeutique :

13.1- Effet du milieu : le milieu peut avoir une empreinte directe sur le mode de récupération et de rétention sensitivomotrice. Car, chez l'hémiplégique, le changement comportemental et soudain est la conséquence d'une part, d'une demande trop forte du milieu, devant les possibilités physiques très réduites, et d'autre part, de la nature de la lésion du malade. Sachant que chaque cas est un cas à part, ainsi la relation soignant-soigné nécessite un degré de compréhension hautement distingué qui prend en considération le patient hémiplégique dans sa dimension totale, mais pas comme un état pathologique. Ce qui revient à dire que devant un tel cas, il faut toujours penser aux différents changements possibles.

A cette phase critique, il faut noter, aussi, le rôle de la famille qui doit collaborer étroitement avec les membres de l'équipe soignante afin de permettre au malade, en souffrance, d'adhérer au processus de la rééducation qui utilise, parfois, des moyens gênants.

Ce que nous devons signaler, parallèlement, c'est que les conditions du milieu dans lesquelles un apprentissage est acquis, facilitent le désir de poursuivre la thérapie de la part du malade d'une part, et d'autre part, encourage le praticien à tester des techniques nouvelles permettant une acquisition d'une performance nouvelle.

Ainsi, il ne faut jamais demander au malade des tâches dont il n'est pas en mesure de faire, ce qui peut avoir des conséquences défavorables pour la poursuite du traitement.

13.2- Effet de motivation : les facteurs de motivation, en particulier le désir de guérison de l'hémiplégique, sont habilités à lui permettre de vaincre son handicap et au praticien de rechercher, d'une manière active, de nouvelles stratégies thérapeutiques pour remplacer celles utilisées pour l'acquisition d'une fonction. Ainsi, pour le malade, cette recherche active représente un temps capital pour s'affirmer capable de surmonter son handicap.

13.3- Effet de surapprentissage : le surapprentissage, chez l'hémiplégique, doit obligatoirement impliquer d'autres structures et moyens que ceux utilisés dans l'apprentissage acquis. Aussi, le sur apprentissage peut inhiber un apprentissage nouveau, comme il peut avoir une rétention de performances respectées par la lésion, d'où l'intérêt d'être vigilant lors de l'évolution clinique du patient afin de pouvoir coordonner et adapter les tâches demandées, en fonction de l'état général du malade hémiplégique.

13.4-Effet de masse : la quantité du tissu cérébral détruite limite considérablement les chances de récupération de l'hémiplégique, aussi bien sensitive que motrice.

Selon OLD STEIN ET GOLTZ (1), « la récupération sensitivomotrice dépend uniquement ou quasi uniquement de la persistance d'une zone suffisante du tissu cérébral intact (plus large est la lésion, moins grande sont les possibilités de récupération), à condition que cette lésion quelle que soit son étendue inclut l'aire de représentation motrice et somesthésique ».

13.5- l'état d'éveil de l'hémiplégique: les stimulations, que le milieu lui apporte, influent indiscutablement sur le processus de récupération d'où l'intérêt d'être très vigilant, à tout instant du déroulement de la thérapie. Les demandes du milieu, et surtout de la part de la famille, ne doivent être, en aucun cas, trop fortes et ne jamais demander, désormais, les tâches impossibles, car la récupération peut-être mise en danger par ce qu'on appelle la *réaction catastrophe*, ce qui mène les proches du malade à tenter d'autres possibilités de traitement, en se référant au charlatanisme dans la plupart des cas, chose remarquable dans les situations pareilles, du fait qu'il représente une forme de culture dans notre société.

13.6- La nature de la lésion : la présence d'un tissu pathologique, au niveau du cerveau, responsable de l'activité électrique, a un effet nocif et à titre d'exemple, nous pouvons citer la présence d'un tissu traumatique (tissu irrité, tissu épileptogène) et qui est infiltré donne lieu à des manifestations cliniques diverses.

1-OLD STEIN ET GOLTZ (1979), Adaptation et Restauration des fonctions nerveuses, P.392

14-L'approche rééducative :

14.1 : La prévention : la prévention dans la rééducation des troubles sensitifs, chez les hémiplegiques, vise une amélioration de l'état trophique qui risque de s'altérer ainsi que l'état articulaire, qui a tendance à se maintenir dans des positions anormales (attitudes vicieuses) lors de l'absence de toute commande volontaire. Pour cela, il nous a été impératif d'entreprendre notre approche technique dès les premiers jours de l'admission des patients et qui a été centrée sur :

- l'éducation des patients à soulager les points d'appui en s'aidant du côté sain.
- L'application et la surveillance des soins du Nursing :
- changement de position le plus fréquemment possible
- massage circulatoire par des manœuvres centrifuges des zones d'appui
- le Placing qui consiste en un positionnement en rectitude des segments du membre inférieur et inférieur du côté invalide, de façon que ces derniers n'échappent pas au contrôle visuel, ce qui favorisera une prise de conscience du schéma corporel d'une part, et la prévention de l'installation des schèmes spastiques d'autre part. voir Annexes P.

Membre supérieur : en abdication à 90° et en rotation externe de l'épaule droite, l'avant bras en supination avec extension du coude et légère flexion des doigts avec ouverture de la première commissure.

Membre inférieur : en retrait : flexion du genou et de la hanche, flexion dorsale du pied.

Mobilisation passive de toutes les articulations du membre supérieur et inférieur dans toutes les amplitudes articulaires et axes du mouvement. La posture des membres supérieur et inférieur dans les positions citées et la mobilisation passive, sous contrôle visuel, favorisent l'amélioration du sens kinesthésique, facteur sur lequel nous avons insisté durant la prise en charge rééducative.

La durée moyenne des séances est de 10 minutes, à raison de trois séances par jour dans un premier temps.

14.2 -Rééducation de la sensibilité tactile :

* excitation de la face palmaire de la main, en promenant un crayon et en demandant aux patients où s'arrête le trait dessiné par le passage du crayon.

* frottement de pulpe des doigts par une surface rugueuse, en demandant aux patients lequel des doigts est touché.

14.3-Rééducation de l'astéréognosie :

Cette méthode de rééducation se déroule en trois temps :

- 1- observation des objets proposés attentivement, en essayant de se représenter les sensations qui pourront apporter leurs qualités : l'aspect, la forme, le volume et les textures.
- 2- Manipulation individuelle ou avec aide, selon l'état de la motricité de la main, des objets sélectionnés.
- 3- La reconnaissance et l'identification des objets, des formes d'aspérité et des textures de plus en plus complexes, sans contrôle visuel.

Dans le cas où nous obtiendrions des réponses négatives, nous intégrons le membre sain dans le processus de reconnaissance, pour une meilleure représentation possible.

Dans cette phase de rééducation, nous nous sommes intéressés, également, à la rééducation motrice du membre supérieur. Cette réadaptation s'est focalisée sur l'exploitation des ébauches de récupération motrice qui apparaissent lors de l'évolution clinique des patients, que ce soit au niveau de l'épaule et du coude ou au niveau des muscles intrinsèques de la main. Tout en insistant sur les muscles propres du pouce, du fait de son importance dans les mouvements de préhension de la main et surtout l'opposition avec les autres doigts.

L'objectif de cette rééducation motrice vise l'intégration d'un mode de réentraînement actif dans la rééducation des agnosies, avec l'intégration du contrôle visuel, car à notre sens, la flexibilité du mécanisme œil - main, permet une réaction adaptative de l'acte moteur. Ce contrôle visuel sert, dans un premier temps, comme moyen de compensation des agnosies et dans un deuxième temps la nécessité de son élimination en fonction de l'évolution régressive des agnosies et de leurs spécificités.

* la reconnaissance active des objets proposés nécessite l'utilisation d'un récipient contenant ces derniers et nous procédons à la recherche de l'objet en se fondant sur la consigne donnée par le thérapeute. Cela permet un triage parmi un nombre de stimulations sensitives, sachant que l'intensité de celles-ci permet, au niveau des récepteurs cutanés, d'atteindre un seuil de représentation corticale meilleur de l'information sensitive.

Pour cela, nous avons insisté sur la récupération motrice, même partiellement, des pinces nécessaires dans la préhension globale et fine à savoir :

- la pince terminale
- la pince subterminale
- la pince subtermino-latérale
- la pince tridigitale
- la pince commissurale
- le crochet digital

- la pince multipulpaire
- l'empaument.

Cela nous a obligé également à intensifier la rééducation, chose qui n'échappe pas au phénomène d'extinction, que ce soit par surmenage physique du fait des capacités très réduites ou par démotivation et désintéressement du fait de la nécessité d'une demande le plus souvent forte de la part du thérapeute.

Pour cela, nous étions tenus de réduire la durée de la séance pour ne pas trop fatiguer les sujets, et nous nous sommes limités à deux séances par jour, en exploitant toutes les performances des sujets d'une façon rationnelle, ce qui nous a permis d'objectiver les premiers résultats encourageant les malades à adhérer au processus de rééducation.

Pour le membre inférieur, notre démarche rééducative s'est intéressée, beaucoup plus, à la progressivité de la mise en marche avec contrôle visuel des pas antérieur et postérieur pour compenser les agnosies relatives au pied et au membre inférieur. Ainsi, nous avons entretenu une rééducation de la sensibilité tactile qui repose sur le même principe de la rééducation sensitive de la main.

15-PRÉSENTATION DES RÉSULTATS :

FICHE A : ETAT SENSITIF AVANT ET PENDANT LA PRISE EN CHARGE DU MALADE N°1.

SENSIBILITE SUPERFICIELLE

TABLEAU N°1

Les tests Les sensibilités	1^{er} TEST	2^{ème} TEST après 20 jours	3^{ème} TEST après 40 jours
Sensibilité tactile :			
Protopatique	Abolie	Positive ++	Positive ++
Épicritique	Abolie	Positive +	Positive ++
Sensibilité algésique	Abolie	Positive ++	Positive ++
Sensibilité thermique			
Chaud	Abolie	Positive ++	Positive ++
Froid	Abolie	Positive ++	Positive ++

Ce tableau explique l'évolution de la sensibilité superficielle du malade N°1, après une préparation et un accompagnement psychologique qui se sont axés sur l'explication de la technique, ses bienfaits et la sollicitation et l'adhésion du malade. La communication sereine et objective a été le facteur déterminant dans l'adoption du comportement attendu. Le stress et l'angoisse ont laissé place à une participation active et surtout responsable du malade. Les résultats sont significatifs d'une capacité de récupération de la sensibilité en fonction d'une gestion temporelle étudiée, 20 jours pour chaque bilan.

TABLEAU N°2

Sens postural Les tests	doigts	Poignets	Avant Bras	Coude	Épaule
1 ^{er} Test	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
2 ^{ème} Test après 20 jours	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
3 ^{ème} Test après 40 jours	Positif +	Positif +	Positif +	Positif +	Positif +

Le tableau N°2 démontre une progression positive du sens postural après un délai de 40 jours chez le malade N°1. Le temps mis par le sujet à ressentir les stimulations est plus étalé par rapport au tableau N°1 de la sensibilité. Le déterminant de cette réaction tardive est, à notre sens, l'implication articulaire des muscles et téguments des membres supérieurs.

TABLEAU N°3**Sens kinesthésique:**

1^{er} Test	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
2^{ème} Test après 20 jours	Positif +	Positif +	Positif+	Positif+	Positif +
3^{ème} Test après 40 jours	Positif+ +	Positif + +	Positif+ +	Positif+ +	Positif+ +

Aboli au début de la séance, le sens kinesthésique (représentation et sensation du mouvement) se réactiva à partir du deuxième test et se confirma au troisième. Il concerne le mouvement des membres supérieurs et surtout le côté atteint.

TABLEAU N°4

BARESTHESIE	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
LOURD	Négatif	Négatif	Positif +
LEGER	Négatif	Négatif	Positif +

L'appréciation du sujet malade des objets, en fonction de leur poids, s'est développée, au fil des jours, dans le sens positif. Au début, elle était inopérante, le travail méthodique sur perception baresthésique a valorisé le résultat positif.

TABLEAU N°5

OBJETS USUELS	1^{er} Test	2^{ème} test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
FOURCHETTE	Négatif	Négatif	Positif 10/30*
VERRE	Négatif	Négatif	Positif 17/30
STYLO	Négatif	Négatif	Positif 10/30
COUTEAU	Négatif	Négatif	Positif 15/30
PIECE DE MONNAIE	Négatif	Positif	Positif 30/30

* 30 = le nombre d'essais réalisés

La manipulation des objets usuels est nécessaire à la vie courante et doit faire l'objet d'une priorité dans la rééducation. Le sujet doit ré-acquérir son autonomie, sur ce plan, et pouvoir utiliser adéquatement les outils l'aidant à s'alimenter et agir pour lui-même, sans l'aide d'autrui. Cet aspect est très important sur le plan psychologique pour son développement, sa réalisation et son équilibre psychosociologique. Toute altération, à ce niveau, peut entraîner un rejet et une dépréciation de soi avec perte de la confiance en les capacités individuelles assurant l'autonomie du Moi.

Nous remarquons dans le tableau N°5 une difficulté à réapprendre l'usage des objets usuels. Il faut un travail de longue durée avec soutien pédagogique et un travail psychologique intensif pour amener le sujet à s'inscrire dans les objectifs de la rééducation.

TABLEAU N°6

FORMES	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
CARRÉ	Négatif	Négatif	Positif
ROND	Négatif	Positif	Positif
TRIANGLE	Négatif	Négatif	Positif

Les formes sont appréciées par les personnes à l'exercice sensitivomoteur. Chez les hémiplegiques l'altération motrice rend difficile, sinon impossible, l'identification de cette dimension importante pour le développement intellectuel et cognitif des personnes ; c'est pourquoi, lors de la rééducation sensorielle, il est important d'entamer un travail d'élaboration pour récupérer la fonction sensorielle nécessaire à cette capacité de discrimination cognitivo-sensorielle.

Nous remarquons dans le tableau N°6 la difficulté du malade à pouvoir récupérer cette fonction, surtout pour les formes autre que le rond.

TABLEAU N°7

MATIERES	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
MOUSSE	Négatif	Positif	Positif
BOIS	Négatif	Positif	Positif
MÉTAL	Négatif	Positif 13/30	Positif
PLASTIQUE	Négatif	Positif 14/30	Positif 16/30*

* 30 = le nombre d'essais réalisés

Le sujet N°1 a bien réagi dans son appréciation de la matière. Ses résultats démontrent d'une manière claire des capacités des hémiplegiques à récupérer, suite à un travail d'exercices soutenus, les fonctions sensorielles altérées par l'atteint neuromotrice. A partir du second test le sujet s'est inscrit positivement dans la reconnaissance des matières mises en manipulation.

TABLEAU N°8

VOLUMES	1 ^{er} Test	2 ^{ème} Test après 20 jours	3 ^{ème} Test après 40 jours
CUBE	Négatif	Négatif	Positif
BALLE	Négatif	Négatif	Positif
ANNEAU	Négatif	Positif	Positif

Le sujet N°1 a donné la même performance que les exercices précédents du Tableau 7. Sa réaction est à inscrire positivement ce qui démontre que le handicap n'est pas une fatalité et que nous pouvons obtenir de bons résultats dans les capacités sensitives et les investir par la suite dans la rééducation motrice.

FICHE B : ÉTAT SENSITIF AVANT ET PENDANT LA PRISE EN CHARGE DU MALADE N°2

SENSIBILITÉ SUPERFICIELLE

TABLEAU N°1

Tests Sensibilité	1 ^{er} Test	2 ^{ème} Test après 20 jours	3 ^{ème} Test après 40 jours
Sensibilité Tactile:			
- Protopatique	Négatif	Positif	Positif
- Épicritique	Négatif	Positif	Positif
Sensibilité algésique	Négatif	Positif + +	Positif + + +
Sensibilité thermique :			
- Chaud	Négatif	Positif	Positif
- Froid	Négatif	Positif	Positif

Le tableau N°1 du malade 2 est révélateur d'une bonne aptitude de ce sujet à récupérer la sensibilité tactile, algésique et thermique. L'entraînement favorise la redynamisation des fonctions sensorielles et la perception sensitive des sujets. Ce sujet a mieux réagi à la sensibilité algésique que tactile ou thermique.

TABLEAU N°2

SENS POSTURAL	Doigts	Poignet	Avant Bras	Coude	Épaule
1 ^{er} Test	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
2 ^{ème} Test après 20 jours	Négatif	Positif	Positif	Positif	Positif
3 ^{ème} Test après 40 jours	Positif	Positif	Positif	Positif +	Positif +

Le sens postural contribue à l'appréciation et la situation du corps dans l'espace, comme il contribue à la perception du schéma corporel dans son harmonie et son équilibre. Se greffe sur la base organique, une organisation dynamique et évolutive du sens de position chez les sujets de différents âges. La perte du sens postural déprécie la valeur perceptive du corps. Le sujet N°2 n'a pas perdu ce sens de position et les résultats obtenus confirment son potentiel à dépasser l'immobilisme et l'incoordination motrice dus à l'atteinte neuromotrice.

TABLEAU N°3

Sens Kinesthésique

1^{er} Test	Négatif	Négatif	Négatif	Positif	Positif
2^{ème} Test après 20 jours	Négatif	Négatif	Positif	Positif	Positif
3^{ème} Test après 40 jours	Positif	Positif	Positif	Positif	Positif

Nous constatons dans ce tableau N°3 du malade 2 une meilleure performance que celle apportée par le malade 1. Ce qui nous pousse à dire que les niveaux de récupérations sensitifs sont sûrement qualitatifs et individuels, les sujets ne réagissent pas de la même manière et leurs fondements organiques, physiologiques et psychologiques se différent. Chaque malade peut s'inscrire

dans une ou plusieurs procédures tout en sauvegardant ses individualités et particularités psychophysiologiques. Nous avons déjà, auparavant, abordé cet aspect en signalant la particularité de chaque sujet de l'enquête

TABLEAU N°4

BARESTHÉSIE	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
LÉGER	Négatif	Négatif	Positif
LOURD	Négatif	Négatif	Positif

A l'appréciation de la Baresthésie chez le sujet N°2, nous constatons une réaction tardive au test, néanmoins nous confirmons que la sensibilité dans l'évaluation pondérale est presque identiquement observée chez tous les malades hémiplésiques testés. Est-ce qu'il s'agit d'un facteur commun aux malades de l'enquête ? La tendance est affirmative dans le sens d'une atteinte pathologique dont l'altération neurosensorielle est identique sur le plan clinique.

TABLEAU N°5

OBJETS USUELS	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
FOURCHETTE	Négatif	Positif	Positif 17/30*
VERRE	Négatif	Positif	Positif 18/30
STYLO	Négatif	Positif	Positif 15/30
COUTEAU	Négatif	Positif	Positif 15/30
PIECE DE MONNAIE	Négatif	Positif	Positif 30/30

* 30 = le nombre d'essais réalisés

Le malade N°2 a montré de réelles dispositions lors des exercices à l'aide d'objets usuels dont les personnes se servent dans leur vie quotidienne. Un effort

considérable a été fait et le meilleur témoignage reste les performances réalisées dans un court délai temporel. Certainement très motivé et ne cédant pas à la fatalité, il agit par défi et abnégation à vaincre le handicap pour fuir le traumatisme de l'impotent. Il est arrivé mais reste qu'il a besoin de plus de soutien moral et psychologique pour recouvrir ses potentialités sensitives et motrices qui risquent de se perdre, s'il ne bénéficie pas d'un appui psychologique et d'une assistance sociale régulièrement.

TABLEAU N°6

FORMES	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
CARRE	Négatif	Positif	Positif
ROND	Négatif	Positif	Positif
TRIANGLE	Négatif	Positif	Positif

La performance du malade N°2 concernant la reconnaissance perceptivo-sensorielle des formes qui lui ont été soumises est très bonne. Les agnosies de ce type entravent considérablement la récupération motrice, si elles ne sont pas rééduquées en priorité. Le discernement sensoriel doit-être qualitatif et contribuer à la reconnaissance sensorielle et perceptivo-cognitive.

TABLEAU N°7

MATIÈRES	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
MOUSSE	Négatif	Positif	Positif
BOIS	Négatif	Positif	Positif
MÉTAL	Négatif	Positif	Positif
PLATISQUE	Négatif	Positif	Positif

La même remarque que pour le tableau N°6, le malade s'est inscrit dans l'amélioration qualitative et quantitative dans la perception et la distinction sensorielle. Ceci, constitue un bon pronostic pour la rééducation motrice, à condition que l'on tienne compte du travail de préparation et d'accompagnement psychologique. Ses aptitudes à dépasser toute forme de contrainte sont certaines, l'effort déployé est à encourager et surtout à chercher sa généralisation chez tous les patients hémiplegiques.

TABLEAU N°8

VOLUME	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
CUBE	Négatif	Négatif	Positif
BALLE	Négatif	Positif	Positif
ANNEAU	Négatif	Positif	Positif

Le volume est une notion culturellement adoptée et d'une manière précoce par l'enfant algérien. La famille prépare l'enfant à cette dimension sociale et culturelle, ce qui nous semble favorable à l'encourager dans les différents exercices d'appréciation et de reconnaissance sensorielle. Les résultats de ce malade vont dans le sens d'une suite favorable à la récupération de la sensibilité par le biais de la rééducation.

FICHE C : ETAT SENSITIF AVANT ET PENDANT LA PRISE EN CHARGE DU MALADE N°3

SENSIBILITE SUPERFICIELLE

TABLEAU N°1

Les Tests	1^{er} Test	2^{ème} Test	3^{ème} Test
Les sensibilités		après 20 jours	après 40 jours
Sensibilité Tactile:			
- Protopathique	Négatif	Négatif	Négatif
- Epictitique	Négatif	Négatif	Négatif
Sensibilité algésique	Négatif	Positif	Positif
Sensibilité thermique :			
- Chaud	Négatif	Négatif	Négatif
- Froid	Négatif	Négatif	Négatif

Le sujet N°3 pose plus de problèmes que les deux malades précédents. Nous remarquons aux tests des sensibilités tactile et thermique une réaction sensitive totalement négative. Par contre, à la sensibilité algésique une réaction favorable a été notée à partir du second test et confirmée au troisième test. Ce qui explique, à notre sens une résistance du sujet à se soumettre au protocole d'évaluation de la sensibilité. A un travail psychologique plus soutenu est nécessaire pour améliorer les performances de ce malade.

TABLEAU N°2

Sens Postural	Doigts	Poignet	Avant Bras	Coude	Epaule
1 ^{er} Test	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
2 ^{ème} Test	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
après 20 jours					
3 ^{ème} Test	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
après 40 jours					

Le sens postural chez le malade N°3 est totalement absent lors du test. Ce qui confirme l'état complexe de ce sujet qui refuse de faire tout effort pour sa rééducation sensorielle. Un refus sous fond de blocage et de résistance psychologiques dénotant du niveau de relâchement et de la soumission de ce malade à la fatalité de sa maladie.

Il est cantonné dans un état grabataire et tirant au même temps des bénéfices secondaires sur le plan psychologique régressif. L'état foetal est explicite et confirme cette attitude de ce malade.

TABLEAU N°3

Sens Kinesthésique					
1 ^{er} test	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
2 ^{ème} Test après 20 jours	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
3 ^{ème} Test après 40 jours	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif

Le mouvement chez se malade est aboli, il est important pour toute thérapie de procéder à la dynamisation du corps chez le patient, surtout dans la rééducation fonctionnelle du membre atteint pour pouvoir appliquer le traitement d'une façon utile et bénéfique. Ce malade fait de la résistance d'où il est impératif de travailler par des séances de thérapie psychologique pour le réinscrire dans les objectifs de thérapie.

TABLEAU N°4

BARESTHESIE	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
LOURD	Négatif	Négatif	Négatif
LEGER	Négatif	Négatif	Négatif

Le malade N°3 au test de baresthésie est resté maintenu dans sa position de départ, à savoir, ne pas s'inscrire totalement dans la procédure de rééducation. Encore une fois il est important de réorganiser les facteurs de prise en charge par le truchement de la préparation psychologique et les soins médicaux pouvant aider ce malade à accepter la procédure qui lui permette d'améliorer les niveaux de sensibilité superficielle et profonde.

TABLEAU N°5

Objets usuels	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
Fourchette	Négatif	Négatif	Négatif
Verre	Négatif	Négatif	Négatif
Stylo	Négatif	Négatif	Négatif
Couteau	Négatif	Négatif	Négatif
Pièce de monnaie	Négatif	Négatif	Négatif

Nous notons une intensification du manque de réaction chez ce malade pour son entraînement à la manipulation des objets usuels. Il reste dans un état de total rejet expliquant cela par son incapacité à pouvoir réaliser les tâches qui lui sont demandées.

TABLEAU N°6

FORMES	1^{er} Test	2^{ème} Test après 20 jours	3^{ème} Test après 40 jours
CARRE	Négatif	Négatif	Négatif
ROND	Négatif	Négatif	Négatif
TRIANGLE	Négatif	Négatif	Négatif

La même remarque que pour le tableau N°5 est à faire pour l'examen des formes.

TABLEAU N°7

MATIERES	1 ^{er} Test	2 ^{ème} Test après 20 jours	3 ^{ème} Test après 40 jours
MOUSSE	Négatif	Négatif	Négatif
BOIS	Négatif	Négatif	Négatif
METAL	Négatif	Négatif	Négatif
PLASTIQUE	Négatif	Négatif	Négatif

La même remarque est à noter que précédemment pour la reconnaissance des matières. Le sujet continue à se positionner dans un refus dressant ainsi une barrière à toute initiative qui lui est proposée par le rééducateur.

TABLEAU N°8

VOLUMES	1 ^{er} Test	2 ^{ème} Test après 20 jours	3 ^{ème} Test après 40 jours
CUBE	Négatif	Négatif	Négatif
BALLE	Négatif	Négatif	Négatif
ANNEAU	Négatif	Négatif	Négatif

Le dernier test a connu le même sort chez le malade N°3, aucune participation positive de sa part.

16- ANALYSE DES RESULTATS :

Les résultats obtenus suite à notre démarche rééducative dénote, après une évolution lente, une régression des symptômes sensitifs relatifs à la sensibilité tactile, après 20 jours de rééducation.

Ainsi, pour la sensibilité profonde chez deux patients, nous relevons une ébauche de récupération motrice des groupes musculaires de l'hémicorps atteint prédominant au niveau de l'épaule du coude et des fléchisseurs des doigts du

membre supérieur droit. La sensibilité algésique s'est traduite par une douleur à la mobilisation passive, surtout de l'épaule droite.

Après 120 séances de rééducation, nous avons constaté l'amélioration de l'astéréognosie et ce malgré l'intensité persistante des séquelles motrices, surtout au niveau de l'extension des doigts du poignet et de la supination du membre supérieur droit. Pour le membre inférieur, nous avons relevé une absence de la flexion dorsale et de l'abduction de la hanche et du pied droit.

Pour les agnosies, nous avons constaté que parmi les objets proposés, la reconnaissance se fait en dehors du contrôle visuel, c'est un paramètre qui nous a paru étrange au début du fait de l'identification des objets usuels qui se fait selon un mode de sélection actif en rapport avec l'appartenance sociale des patients.

Dans un premier temps, nous avons incriminé un facteur cognitif, lié à l'apprentissage antérieur des patients, qui a travaillé en faveur de la reconnaissance, chose qui a été exclue après avoir discuté avec les parents des malades qui nous ont affirmés que le vécu des patients n'a pas connu de problèmes dans ce sens. Alors, nous, nous avons procédé à une sollicitation de reconnaissance d'un objet usuel commun où nous avons obtenu une réponse positive.

Cela, nous permet de dire que le mode de récupération des agnosies obéit à une règle un peu particulière du fait que les sensations que peut apporter un objet non familier pour les patients ne peuvent être identifiées. Ainsi, cette reconnaissance n'est possible qu'après une exposition prolongée de l'objet proposé jusqu'à ce que l'on obtienne une meilleure représentation de l'objet lui-même.

A ce moment, nous éliminons le contrôle visuel pour une reconnaissance active, cela nous permet d'être affirmatifs si nous postulons que tout mode de prise en charge rééducative des hémiplésiques ne peut en aucun cas être standardisé, du fait que chaque cas des patients est un cas d'espèce. Pour le troisième patient, nous avons noté la persistance des troubles sensitifs sauf pour la sensibilité algésique. Ce phénomène d'inhibition, nous a fait penser à un facteur de sur-apprentissage où le patient a pu connaître des phases de saturation d'où l'inhibition et de là un problème de dévalorisation et de démotivation qui s'est installé lors du traitement kinésithérapique, ce qui nous poussé à demander un avis médical approfondi qui a confirmé le phénomène d'inhibition et a exclu le fondement neurologique lié au degré et au type de la lésion.

Dans notre approche rééducative, nous avons tenté d'instaurer une stratégie rééducative qui vise l'amélioration de l'état sensitif du patient hémiplésique, en explorant en premier lieu les potentialités physiques et psychiques de ce dernier. Il s'agissait pour nous de le motiver pour déclencher en lui l'envie de reprendre et de récupérer ses fonctions motrices perdues.

Pour cela, nous avons favorisé l'auto apprentissage que nous considérons relatif du fait que les essais répétés garantissent un meilleur succès, alors qu'un apprentissage conditionné favorise des fixations involontaires pouvant aboutir à des conséquences banales de dysfonctionnement moteur et psychique semblables à la réaction de catastrophe dans le cas d'un sur-apprentissage.

Ainsi, nous avons jugé utile d'intégrer l'acte vasomoteur comme moyen de compensation dans la reconnaissance active des objets proposés, afin d'améliorer les agnosies relatives chez l'hémiplégique, ceci a permis à deux des trois patients d'atteindre un seuil de performance et de reconnaissance des objets sans contrôle visuel selon un mode de récupération sélective du désordre gnosique. Cette acquisition de la perception gnosique, à son tour, représente un moyen d'élaboration et de récupération du schéma corporel correct d'où une bonne reconnaissance de soi.

Cette représentation elle-même a contribué à une amélioration du sens arthrokinétique empêchant, à son tour, la spasticité et les mouvements ataxiques.

Le tout a permis un changement comportemental favorable à l'adaptation et l'uniformité sociale du patient hémiplégique en souffrance. Ce qui nous autorise à dire que l'acquisition de l'image de soi et les modèles comportementaux sont élaborés par un processus d'apprentissage notamment cognitif et surtout psychologique.

Ces déductions sont amplement répercutées dans les travaux des spécialistes des enfants handicapés moteurs et que nous rapportons ici, les travaux de Dr Isabelle Hodgkinson Dr Jean-Pierre Vadot Dr Carole Bérard Médecine physique et réadaptation Pédiatrique (juillet 2002) pour étayer les résultats obtenus dans notre recherche.

Dans le développement normal, **I' image du corps se construit progressivement de la tête aux pieds.** D'abord, la tête se dégage, puis le haut du corps, avec les jeux de mains entre deux et cinq mois. L'attraction par le regard provoque un vécu corporel lié à la colonne vertébrale et au redressement. L'élan est donné par les relations. La jonction des deux côtés du corps va renforcer ce sentiment d'attache à la mère.

Chez les enfants hémiplégiques, il y a plus ou moins insensibilité de l'hémicorps atteint. Mais il y a souvent une surcharge psychologique dans l'ignorance du côté atteint pour certains enfants. C'est le côté identifié à la mère en superposition à l'hémicorps de l'enfant qui est perdu dans l'autisme (G. Haag) (1).

1-Haag G., L'expérience sensorielle fondement de l'affect et de la pensée. L'expérience sensorielle de l'enfance. Arles, Cahiers du COR, 1992

L'enfant handicapé est un enfant. Son approche médicale et psychologique demande un savoir faire particulier lié à la prise en charge des enfants. Si l'enfant est une personne à part entière il n'en reste pas moins sous l'autorité de ses parents et son autonomie en dépend. Il n'est donc pas envisageable soit d'exclure les parents, soit d'exclure l'enfant. Tout l'art du médecin ou du psychologue sera de concilier la demande de l'enfant, la demande des parents et les exigences de soins. Dans le cadre de la médecine du handicap, les situations d'urgence ou de risque vital sont peu fréquentes, la participation du patient aux soins est indispensable et l'approche médicale impose d'acquiescer son adhésion aux propositions thérapeutiques ou de prise en charge. La demande de l'enfant s'adapte souvent à celle de ses parents, cette demande n'est pas toujours dans la réalité des possibilités thérapeutiques et des soins. Le rôle du médecin ou du psychologue est alors d'accompagner l'enfant et ses parents vers une plus juste réalité pour mettre en adéquation ce que la médecine peut apporter et ce que les parents et l'enfant en attendent.

Le handicap est une donnée variable en fonction de l'environnement (physique, psychologique, affectif, social, culturel) et d'une situation. Il peut être assimilé à un désavantage face à une situation. Il se distingue de la déficience ou de l'incapacité qui sont en amont du processus de handicap. La déficience (impairment) est une anomalie de la structure ou de l'apparence du corps ou de la fonction d'un organe ou d'un système. Cette déficience est responsable d'une incapacité (disability) : toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour l'être humain.

Un enfant peut présenter une déficience motrice des 2 membres inférieurs (paraplégie secondaire à un Spina Bifida, ou diplégie spastique liée à une infirmité motrice cérébrale) responsable d'une incapacité à la marche et d'un handicap variable en fonction des situations et de l'environnement Avec cette même déficience et cette même incapacité l'enfant en fauteuil roulant devant un plan incliné ne présentera pas un handicap aussi grave que l'enfant en fauteuil devant des escaliers. Cette notion de handicap n'est pas différente de celle de l'adulte. Chez l'enfant, le lien parental est omniprésent. Ce même enfant devant un plan incliné peut avoir un handicap très différent selon qu'il est en fauteuil ou en poussette. Dans le premier cas, l'indépendance matérielle de l'enfant en fauteuil lui permet d'expérimenter son autonomie (psychoaffective) face à ses parents, comme un autre enfant, il monte seul jusqu'au sommet; dans le second cas l'enfant en poussette reste dans la dépendance physique de ses parents qui le poussent et dans l'impossibilité d'exercer ses tentatives d'autonomie. Le désavantage n'est pas de ne pouvoir monter le plan incliné mais de pouvoir faire les expériences nécessaires à son développement psychoaffectif. Le but de la prise en charge en médecine physique et réadaptation n'est pas ici que l'enfant

puisse accéder au sommet mais qu'il puisse avoir les mêmes chances qu'un autre enfant d'évoluer vers une autonomie adulte.

A l'extrême un enfant peut présenter un surhandicap : surcharge progressive d'une déficience physique ou psychique par des troubles cognitifs ou relationnels liés à de mauvaises conditions d'environnement (école, famille, établissement de soins...) entraînant repli autistique, passivité, troubles d'apprentissage. Il est particulièrement important d'en tenir compte chez l'enfant.

Il s'agit donc de modifier des limites dans un registre corporel. Mais la mise en place et la poursuite du travail rééducatif va entraîner des interactions dans un registre autre que corporel : le registre affectif. **L'enfant va répondre à un niveau affectif à la demande du rééducateur.** Celle-ci porte sur le corps de l'enfant. La rééducation va demander alors une prise en charge personnelle très différente selon les enfants. Elle va dépendre de l'âge de l'enfant, de l'évolution de sa personnalité, de la relation qu'il entretient avec son environnement, avec sa famille, de la relation que l'enfant va nouer avec le rééducateur. Différentes interactions vont s'établir, notamment celles que le rééducateur va avoir aussi avec l'environnement de l'enfant (parents-école).

Il va falloir tenter d'évaluer dans quelle mesure les règles rééducatives proposées vont fonctionner comme limites structurantes ou comme empêchant cette structuration. Comment le passage des règles d'un registre à un autre va-t-il être intégré comme humanisant, permettant de prendre en compte le corps, sans le laisser comme étranger et non intégrable ?

C'est à travers les symptômes mêmes de l'enfant (pleurs, refus...), l'abord qui est fait de lui tel qu'il est par rapport à ce qu'on souhaite pour lui, que va se structurer sa personnalité. Le désir des rééducateurs et des parents ne peut tenir lieu de désir à l'enfant, même s'il peut soutenir celui-ci.

B – Les enfants Infirmes Moteurs Cérébraux :

Pour les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, nous avons opté pour le Centre Médico-psychopédagogique Daksi II de Constantine qui inscrit dans ses missions la prise en charge de cette catégorie d'enfants.

1-L'étude institutionnelle :

1.1-Présentation de l'institution Daksi II :

Le Centre Psychopédagogique Daksi II est une institution publique à caractère administratif constitué avec autonomie financière. Ce centre a été créé par la circulaire 59-80 de mars 1980 et a débuté et poursuivi ses activités au niveau de la Daïra d'El-Khroub jusqu'à l'année 1987. Par une décision préfectorale de la Wilaya de Constantine, il fut transféré, à cette date, à la cité Daksi Abdeslem et s'y trouve actuellement.

Ce centre fonctionne selon un régime de demi-pensionnat avec prise en charge externe pour quelques cas dans le domaine de la consultation et l'orientation (Counseling).

Ce centre est constitué de deux services :

- le service administratif et financier.
- Le service pédagogique qui a pour mission l'application des programmes spécialisés de la prise en charge des enfants handicapés mentaux incluant les modèles suivant :
 - Le groupe de stimulation.
 - Le groupe d'éveil niveau 1 et comprend une classe A et une classe B.
 - Le groupe d'éveil II et comprend 4 classes A, B, C et D.
 - Le groupe d'éveil III.
 - Les ateliers englobant 3 niveaux (faible, moyen, élevé).
 - Les ateliers pour les filles.

1.2-La mission du centre :

La mission du Centre pédagogique consiste à programmer des activités consacrées à la consultation, l'observation, le diagnostic, le conseil pour les enfants et les parents, l'éducation et la rééducation des enfants.

1.3-La capacité d'accueil :

Le Centre accueille 102 enfants (70 garçons et 32 filles) leurs âges varient entre 5 et 27 ans.

1.4-Les types de troubles répertoriés au niveau du Centre :

- les troubles du caractère
- les troubles du comportement
- l'inadaptation sociale
- la débilité mentale légère
- les troubles psychologiques
- les troubles sensori-moteurs
- l'inadaptation scolaire.

1.5- L'équipe de prise en charge psycho.médico pédagogique :

Elle est constituée des éléments suivants :

- une psychologue clinicienne
- deux assistants en l'éducation psychomotrice
- infirmière
- une éducatrice spécialisée
- un éducateur spécialisé et principal en pédagogie
- 20 éducateurs dont 13 éducateurs spécialisés et 07 éducateurs.

2- L'échantillon de recherche et ses caractéristiques :

Nous avons retenu pour critère de sélection de choix de l'échantillon tous les cas disponibles répondant à l'objet d'étude du fait de leur rareté au niveau de cette institution, ils sont au nombre de 05 enfants : 03 garçons et 02 filles. Ces enfants sont d'âge et de niveau socio-économique différents. Ils sont aussi différents dans leurs capacités de langage et même dans leurs humeurs.

2.1-Les caractéristiques de l'échantillon :

Le tableau suivant regroupe tous les enfants de l'échantillon en fonction des caractéristiques retenues :

L'échantillon \ Les caractéristiques	Age en années	Sexe	Niveaux socio-économique	Humeur	Capacités de langage
1	11	G	Moyen	Moteur actif	Faibles
2	10	G	Acceptable	Calme dans l'ensemble	Faibles
2	8	G	Moyen	Optimiste actif	Bonnes dans l'ensemble
4	9	F	Faible	Trop calme	Absentes sauf pour la mimique
5	10	F	Médiocre	Joviale active	faibles

Remarque : les enfants de l'échantillon d'étude se différencient dans ce qui suit :

L'âge : il se situe entre 08 et 11 ans, ceci est dû à une disponibilité exclusive de ces enfants répondant à l'objet de recherche.

Le sexe : les deux sexes sont représentés (garçons et filles).

Le niveau socio-économique : il est différent pour chaque enfant, nous l'avons regroupé en trois niveaux : faible, moyen et élevé en fonction l'activité économique.

L'humeur : elle est changeante entre calme et active.

3-La méthode d'étude : la méthode clinique : Origines et fondements

Nous avons pris option pour le présent travail pour la méthode clinique avec une approche des sujets à partir de l'étude de cas.

Le mot clinique vient du grec *Klinikos* qui veut dire qui visite les malades au lit. Méthode qui s'adresse d'abord à l'homme malade et d'abord malade dans son corps puis par extension à tout individu dans une demande de soin et de compréhension.

3.1- Origines :

Cette psychologie clinique, avant de devenir une discipline autonome, s'est constituée très lentement et surtout elle a trouvé ses racines dans un certain nombre de disciplines annexes. Jusque dans les années 60, les études de psychologie étaient communes à celle de philosophie et par conséquent elles correspondaient davantage à une réflexion sur les grandes fonctions psychologiques plutôt qu'à une formation professionnelle. Autrement dit, les thérapeutes étaient soit des psychiatres soit des médecins spécialisés, et la psychanalyse était la seule véritable formation psychologique en dehors de l'université. Par conséquent, la psychologie clinique oscillait entre la médecine psychiatrique d'une part et la philosophie d'autre part.

La première de ces sources et surtout la plus fondamentale est la psychiatrie. Le père de la psychiatrie française, Philippe Pinel, dans la mesure où il est à l'origine de l'évolution des mentalités. L'humanisation dans la psychiatrie s'est accompagnée d'une méthodologie différente et surtout plus vigoureuse. On a

commencé à faire des histoires de cas, à établir des dossiers précis pour chaque malade et on a tenté également de faire des diagnostics de plus en plus sophistiqués et d'établir une nosographie. Simultanément, l'attitude relationnelle se teinte de compréhension et d'une bienveillance que l'on trouve aujourd'hui légitime à l'égard d'un être qui souffre. ces idées de Pinel vont trouver un prolongement théorique dans certains travaux de la seconde moitié du XIXème et en particulier de la psychanalyse naissante avec Charcot à la Salpêtrière, Bernheim à Nancy et Freud à Vienne. (1)

Deuxième source : la psychologie générale et expérimentale : la méthode expérimentale a permis à la psychologie de sortir de la tutelle psychologique et bien que cette méthode expérimentale ne convienne pas à l'objet clinique, elle a obligé le clinicien à forger sa propre méthode en affirmant son identité méthodologique. Face à la démarche expérimentale qui décompose l'homme en variables et qui instaure la loi du général ou du reproductible, la psychologie clinique va quant à elle privilégier le singulier, le subjectif et l'individuel, se souciant dans un deuxième temps seulement de la généralisation. Autrement dit, c'est une méthode qui va approcher un homme total en situation concrète plutôt que la somme de ses variables, elle s'intéresse au vécu et non à la fonction ou au mécanisme.

Troisième source : la psychologie différentielle avec la méthode des tests. Elle constitue également une aide pour le clinicien, par exemple pour apprécier les capacités intellectuelles d'un sujet ou pour obtenir des éléments précis sur la personnalité. La rigueur méthodologique de la méthode des tests renforce la validité du diagnostic.

3.2- Les fondateurs : Cette expression de psychologie clinique est utilisée pour la première fois en 1896 par Witner (2), psychologue américain. Cette psychologie clinique était consacrée à l'éducation et surtout à la rééducation des retardés et des anormaux. Par la suite, cette psychologie clinique fut confondue pratiquement avec la psychopathologie puis elle prit un second souffle en France après la seconde guerre mondiale sous l'impulsion de Daniel Lagache qui à partir de 1949 a défini la méthode clinique, l'objet, les buts et les moyens cliniques.

1- JUIGNET P, *La psychanalyse : histoire des idées et bilan des pratiques*, PUG, 2006

2- PAROT F, *Introduction à la psychologie : histoire et méthode*, PUF, 2004

Daniel Lagache (1903-1972) (1), contemporain de Piaget, c'est en 1949 qu'il prononce sa célèbre conférence 'Psychologie clinique et méthode clinique', elle demeure encore aujourd'hui le fondement théorique de la méthode clinique. D'abord, il va situer et définir la psychologie clinique par rapport à d'autres disciplines comme la médecine, la psychologie expérimentale et la psychanalyse. Cette différenciation va permettre de proposer un autre mode d'approche plus global que la psychologie expérimentale, moins pathologique que la psychiatrie et plus large dans ses outils que la psychanalyse.

Ensuite, l'objet de la psychologie clinique va être défini par Lagache comme 'L'étude approfondie des cas individuels et plus précisément de sa conduite humaine'. Il entend par conduite humaine la personne totale en situation, cela va donc inclure l'hérédité, les conditions physiologiques, psychologiques, pathologiques mais également l'histoire de la vie de l'individu. Il va donc s'agir d'une approche exhaustive d'un individu et le but de cette approche est de faire apparaître le sens de la conduite.

Cette exploration va s'appuyer sur une attitude particulière, l'attitude clinique que Lagache définit très précisément, 'Avoir une attitude clinique c'est envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet au prise avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motive et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits.' Le but de la psychologie clinique est de faire apparaître ce qu'il y a de plus typique chez un sujet étudié et de le considérer comme une totalité en train de se conduire, en débat avec lui-même, avec les autres et avec l'environnement.

Autrement dit, la psychologie clinique va s'intéresser aux conflits et à la manière dont il essaie de les résoudre, étudier son histoire et ses aspirations, ses projets, ses aptitudes et ses capacités de changement. On peut dire que Lagache représente le jalon le plus important dans l'évolution de la méthode clinique en France. Il était agrégé de philosophie et de psychanalyse. C'est lui qui a enseigné pour la première fois la psychanalyse à la Sorbonne.

André Rey (1906-1965) : Psychologue suisse à la fois clinicien et chercheur, il dirige le laboratoire de psychologie clinique de l'hôpital de Genève en travaillant également au laboratoire de psychologie expérimentale de Genève. On peut dire

1- NICOLAS S, *Histoire de la psychologie*, Dunod, 2001

qu'il en a gardé une grande exigence méthodologique. Il propose aussi une définition mais totalement différente : la psychologie clinique est une application des méthodes de la psychologie expérimentale à l'étude des maladies et des individus qui ne parviennent pas à s'adapter. On peut dire en conclusion de Rey qu'il n'y a pas d'approche globale proprement dite et que l'objet clinique est un comportement, autrement dit la compréhension théorique passe avant l'exigence du soin. Il a fallu attendre 1970 et la parution du livre de Schraml pour que cette exigence du soin de la psychothérapie fasse partie intégrante de la méthode clinique.

Définition de Schraml, 1973 : la psychologie clinique a pour objet le diagnostic, la modification et la prévention des troubles de l'expérience vécue et du comportement, elle en traite au niveau de l'enseignement, de la recherche et de la pratique. Cette conception du soin va se préciser et la spécificité méthodologique de la clinique est actuellement bien représentée par Schmidt. Définition de 1984 : la psychologie clinique est l'application et le développement autonome de théories, de méthodes et de techniques de la psychologie et de disciplines voisines à des personnes ou des groupes d'individus de tout âges qui souffrent de troubles ou de maladies qui se manifestent au niveau psychique ou somatique. On utilise dans la pratique des méthodes de prévention, de diagnostics, de conseils et de thérapies.

Définition de Lagache : discipline psychologique ayant pour but la connaissance approfondie des cas individuels. Dans toutes les méthodes utilisées par la psychologie, cette méthode clinique est sans doute la plus difficile à cerner. Les autres méthodes sont plus scientifiques comme la méthode expérimentale ou encore celle des tests, dans ce cas l'objet est délimité, reproductible et généralisable. Par exemple, si on veut étudier une technique d'apprentissage le protocole d'expérimentation sera reproduit autant de fois qu'il est nécessaire pour maîtriser parfaitement la technique. Cette délimitation de l'objet est impossible dans la méthode clinique puisqu'un trouble psychologique est toujours le résultat de nombreuses variables imbriquées les unes dans les autres : la fragilité psychologique, l'histoire psychologique, l'environnement pathogène et les facteurs qui déclenchent la pathologie. L'expérimentation comme la reproduction est impossible avec la souffrance humaine puisque se pose immédiatement des problèmes d'éthique, on ne créera jamais un trouble mental pour en cerner les variables.

Conclusion : l'objet clinique est complexe parce qu'il est global et unique. La méthode adaptée à cet objet devra avant tout sauvegarder l'intégrité de la personne humaine.

Le clinicien sort délibérément de la généralisation pour pénétrer dans la compréhension de la situation concrète c'est-à-dire telle qu'elle est vécue par le

sujet. Donc, le plus important n'est pas la technique mais l'attitude du psychologue.

Attitude clinique :

- Elle tend à limiter l'emploi des techniques normalisées qui ne fournissent que des résultats quantitatifs. Pour les cliniciens, un individu ne se résume pas en quelques chiffres ou en quelques courbes ni même à un diagnostic de plus en plus sophistiqué.

- Souci de sauvegarder l'unité de la personne humaine : pour comprendre un conflit actuel, il faut tenir compte de toutes les souffrances que le sujet a déjà vécues en même temps qu'il faut apprécier ses capacités de compréhension intellectuelle mais également ses ressources émotives et affectives.

Dans une approche clinique, il s'agit d'appréhender globalement la dynamique d'une psyché. Telle personne avec telle histoire confrontée à tel problème en supporter telle souffrance en faisant face à cette souffrance avec tel moyen plutôt que de disséquer analytiquement les différents symptômes et les nombreux facteurs étiologiques.

4. Les outils de recherche :

4.1- les exercices sensoriels selon l'échelle de TARDIEU :

Nous avons opté pour des outils et des techniques qui s'inscrivent dans l'objet, les objectifs de recherche et qui vont dans le sens des hypothèses de travail :

Les exercices de TARDIEU pour l'évaluation sensori-motrice de l'enfant

I.M.C : l'évaluation des gnosies de l'enfant infirme moteur cérébral à travers l'échelle de TARDIEU qui comporte 05 exercices (**leurs détails sont présentés dans le chapitre 11 de l'approche théorique de la p. 133 à la p. 138**) et qui se résumant ainsi :

- **exercice 01** : il consiste à tester la perception sensorielle de l'enfant IMC des objets et de leur forme par le biais du touché.

- **exercice 02** : utilisé pour la perception de l'orientation spatiale et temporelle chez l'enfant IMC.

- **exercice 03** : l'objectif de cet exercice est d'évaluer la perception de l'enfant IMC de différents points placés sur le visage (la perception faciale).

- **exercice 04** : son but est de vérifier la perception des objets par les voies buccales et surtout la langue.

- **exercice 05** : l'objectif de son application est de vérifier la perception auditive chez l'enfant IMC.

Remarque : le matériel concernant ces exercices est présenté en annexe page....

4.2- le test du Bonhomme de Florence GOODENOUGH:

Ce test est utilisé dans l'étude du Moi et l'approche de la personnalité des enfants handicapés.

Définition du test :

Ce test est considéré comme un moyen de mesure de l'intelligence et d'étude des aspects de la personnalité des enfants. Il est d'une importance élevée compte tenu de la simplicité de la technique et de son application facile. Il a été créé par la psychologue française Florence GOODENOUGH en 1926 et selon sa méthode, il est demandé à l'enfant : « de dessiner librement un bonhomme comme il le mémorise ou comme il se le représente, sans aide extérieure ou inspiration à partir d'un modèle présenté. Il n'est demandé que le dessin d'un bonhomme uniquement ».

Le Docteur Harris, un des ex assistants de Florence GOODENOUGH, avait introduit des modifications au test du bonhomme en 1963 pour plus d'objectivité, de précision et fidélité. Il est demandé maintenant à l'enfant examiné de réaliser (03) trois dessins différents : 01 dessin d'un homme, un dessin d'une femme et un dessin de lui-même, au lieu d'01 seul. Ce test concerne les enfants âgés entre 03 et 13 ans.

Nom : Le dessin d'un bonhomme

Surnom :

Auteur : GOODENOUGH Florence

Utilité : Maturité et personnalité

Type : Personnalité

Age d'application : Enfant

Passation : Individuelle ou collective

Utilisation : D'une application très facile ce test donne une idée assez précise du niveau de maturité intellectuelle et affective. Cette épreuve peut être utilisée dans une perspective clinique comme manière d'entrer en relation avec l'enfant, et de comprendre, au delà du niveau de développement intellectuel, quelque chose de son fonctionnement psychique tout entier, de ses caractéristiques, des difficultés éventuelles. Ainsi, si à travers l'échelle de maturité l'âge psychique de l'enfant a pu être évalué, ce test a une très grande valeur expressive et projective et permet comme tout autre dessin d'explorer les sentiments de l'enfant, ses problèmes affectifs et l'équilibre de son fonctionnement mental.

Edition :

Date : 1926

La passation :

L'examineur doit tenir compte de certaines conditions lors de la passation du test telles que : la présence d'un contexte favorable à la passation du test et la disponibilité des enfants à la participation au travail. Le matériel nécessaire à la passation du test est facile à obtenir et se constitue des éléments suivants :

- 01 crayon
- 01 feuille blanche quadrillée afin que l'enfant dessine à l'intérieur
- 01 table plate et lisse
- 01 gomme

Les consignes de passation :

Après avoir réuni toutes les conditions nécessaires à la passation du test et instauré un climat de confiance entre lui et l'enfant, l'examineur distribue à chacun des enfants une feuille et un crayon, il leur demande ce qui suit :

- dessinez un bonhomme de face et de la meilleure manière que vous connaissiez
- j'aimerais que vous dessiniez un bonhomme complet
- travaillez calmement et lentement, ne vous précipitez pas, vous avez tout le temps
- l'important est que vous dessiniez un bonhomme que vous connaissez.

4.3- l'Echelle de Maturité Mentale de Columbia :

Il est utilisé dans l'évaluation de l'intelligence des enfants infirmes moteurs cérébraux et détermine leur âge mental.

- présentation du test :

Nom : Echelle de maturité mentale de Columbia

Surnom : Columbia

Auteur : DAGUE P., GARELLI M. et LEBETTRE M.

Utilité : Maturité mentale

Type : Efficience

Age d'application : Enfant

Passation : Individuelle

Utilisation : L'échelle de Maturité Mentale de Columbia est un test individuel à point de départ perceptif, puis de plus en plus conceptuel, destiné à fournir une évaluation des capacités intellectuelles des enfants dans une série d'épreuves homogène. L'enfant doit choisir sur 100 planches le dessin (figures géométriques, personnes, animaux etc.) "qui ne va pas avec les autres". Il n'exige aucune réponse verbale et ne requiert qu'un minimum d'activité

motrice. En effet, il fut essentiellement mis au point pour l'examen psychologique des enfants infirmes moteurs cérébraux (I.M.C.) auxquels on ne pouvait appliquer les épreuves traditionnelles en raison de leurs graves handicaps moteurs et verbaux. Ainsi, seuls les enfants qui peuvent parler donnent une explication de leur réponse. Ce test sera donc essentiellement utilisé avec des enfants grands handicapés moteurs et verbaux, sourds, aphasiques. Il pourra également être appliqué à des enfants bien portants de 5 à 9 ans en tant que complément à des épreuves classiques.

Edition : ECPA

Date : 1965

Le matériel :

Le test est constitué de 100 planches de carton (15X48 cm) de couleurs différentes et de dessins variés. Dans les premières planches il n'y a seulement que (03) dessins puis dans les suivantes 04 et 05 dessins à forme géométrique ou de personnes, animaux, légumes, fruits, etc., que l'enfant a découvert avant dans son monde extérieur et qui lui facilite la perception.

La nature de l'activité mentale :

Ce test exige du sujet un certain effort pour qu'il puisse reconnaître la forme qui ne correspond pas aux autres et qu'il doit exclure.

Dans la première planche la reconnaissance se fait à partir des éléments perceptifs –différentes formes et couleurs, les volumes et parties manquantes d'un objet donné-, plus le nombre des planches augmente plus la tâche devient compliquée. Le sujet doit découvrir le principe de groupement, de ressemblance et de réunion des objets qui appartiennent à la même famille. Donc ce test exige spécialement pensée perceptive.

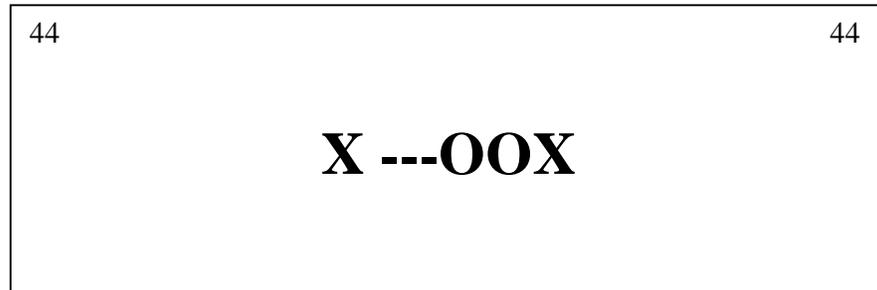
La passation :

La passation du test se fait dans une salle éclairée et calme, l'expérimentateur est seul avec l'enfant après avoir acquis sa confiance. Il entame le travail sur une table propre et débarrassée de tout objet sauf des planches du test pour éviter tout ce qui dérange la concentration de l'enfant.

Le sujet est assis face à l'expérimentateur qui lui présente les planches une après l'autre et ne doit en aucune manière voir les planches précédentes et les suivantes.

Les planches sont numérotées de 01 à 100 et l'expérimentateur présente les planches de façon à ce qu'elles soient uniquement lues par lui.

LE SUJET



1 2 3 4 5

L'EXPERIMENTATEUR

Les consignes :

Nous disons à l'enfant :

« Je vais te montrer une ensemble de planches qui contiennent à l'intérieur une collection d'images et à chaque fois se trouve un dessin différent des autres dessins qui ne doit pas figurer avec eux, montre-le du doigt ».

Remarque :

- le test s'arrête si le sujet échoue dans 12 réponses sur un ensemble de 16 réponses qui correspondent à 16 planches.
- Si le sujet est fatigué et/ou désintéressé, il faut arrêter le test et le reprendre quelques minutes plus tard sans oublier d'inscrire le numéro de la planche dans laquelle il a commencé à présenter la fatigue et le désintéressement.

Le coefficient de calcul du quotient d'intelligence du test de Columbia :

$$\text{Q.I. St. (à un âge)} = 100 + \frac{15 (\text{note brute} - \text{moyenne des notes de l'âge})}{\text{Ecart type des notes de l'âge}}$$

- Si le Q.I. St. > 70 doute d'un trouble intellectuel.
- Si le Q.I. St. > 80 trouble intellectuel confirmé.

5. L'Enfant Infirmes Moteur Cérébral au niveau du Centre Psychopédagogique Daksi II- Constantine :

5.1- la relation psychologue et Infirmes Moteur Cérébral au sein du Centre Psychopédagogique Daksi II :

Durant notre présence au niveau du Centre nous avons pu observer le type de relation qui existe entre le psychologue et l'enfant IMC. Elle se caractérise par une sorte de coopération affectueuse et de tendresse, remarquée chez tout le personnel d'encadrement pédagogique et administratif, et précisément de la part de la psychologue du Centre. La majorité des enfants l'appellent "TATA" ce qui pour nous justifie l'entretien d'une bonne relation favorisée par un transfert psychologique positif vis-à-vis de cet objet d'attachement et notamment d'identification. Le travail développé par la psychologue vis-à-vis de tous les enfants sans exclusif permet de croire à un suivi et une prise en charge psychologique satisfaisants. Lequel travail est fondé sur l'écoute, l'observation des comportements, la proximité et le conseil.

Ces enfants sont soumis à un régime de demi-pensionnat, le temps qu'ils passent au niveau de l'institution leur permet un contact avec l'ensemble des membres et surtout entre-eux, créant ainsi une dynamique de groupe spécifique.

En ce qui concerne les enfants I M C et pour vérifier leur relation à la psychologue et son évaluation par eux, nous leur avons posé quelques questions et obtenu des réponses se résumant dans ce qui suit :

- est-ce que vous aimez "TATA" ? la réponse de la majorité des enfants était affirmative.
- Pourquoi ? leur réponse était : « elle est tout le temps à notre service, nous accueille avec le sourire, nous donne des cadeaux, discute avec nous et nous apporte des conseils ».

De ces réponses et témoignages des enfants, nous avons déduit un type de relation psychologue – enfants IMC, c'est une relation cordiale et affectueuse aux contours à préciser.

5.2- les niveaux d'intervention de la psychologue au Centre psychopédagogique Daksi II :

L'intervention de la psychologue notamment par rapport à l'enfant handicapé (Infirmes Moteur Cérébral) s'inscrit par rapport à certains niveaux d'intervention de l'action psychologique. Selon cette dernière elle se résume dans ce qui suit :

Le rôle du psychologue ne peut se déterminer ni avoir une architecture précise au sein d'une institution spécialisée notamment pour handicapés si nous nous interrogeons pas sur la nature de sa mission et les tâches qui lui sont attribuées.

Est-ce que ce rôle est limité dans la passation des tests et l'établissement du bilan psychologique par des entretiens cliniques ?

L'étude que nous avons menée auprès des enfants Infirmes Moteurs Cérébraux nous a permis de recenser certains points sensibles inhérents à la prise en charge psychologique. Ces derniers permettent l'évocation d'un champ d'intervention du psychologue dans cette institution à partir de l'expérience de la psychologue du Centre elle-même :

- le premier niveau de son intervention consiste en l'établissement d'une bonne relation avec l'enfant, la levée des obstacles qui entravent la communication, la sécurité et la mise en confiance.
- Le palier suivant dans son intervention considère la nature du handicap de l'enfant, si par exemple l'enfant montre de l'agitation, le psychologue l'aide à se calmer pour pouvoir poursuivre le contact avec lui.
- Avant l'admission de l'enfant Infirmes Moteur Cérébral dans le Centre, la psychologue s'entretient avec les parents pour recueillir des informations qui lui seront utiles dans l'évaluation diagnostique.
- Ensuite, elle passe au niveau de la démarche diagnostique par l'application deux niveaux : le premier concerne l'évaluation de la personnalité par le biais de dessin libre, par exemple, et le deuxième intéresse la mesure de l'intelligence à travers le test du bonhomme ou autre outil adapté à l'enfant
- Une fois l'enfant est admis au Centre et en fonction du bilan psychologique, ce dernier est orienté et suivi sur le plan de la relation avec les autres enfants, les éducatrices et les membres de l'institution.
- Un travail est aussi effectué vers l'environnement familial de l'enfant (famille, parents et fraterie) consistant à apporter aide et donner des conseils dans la manière de s'y prendre avec le handicap.
- Des réunions avec l'équipe pédagogique et thérapeutique sont organisées pour l'évaluation aptitudes intellectuelles et psychologiques de l'enfant handicapé dans le but éventuel de l'intégrer dans une classe de niveau supérieur. Comme elle participe à mettre des programmes pédagogiques et rééducatifs en adéquation avec les aptitudes des enfants handicapés.
- Elle prend en charge aussi les conflits pouvant apparaître à tous les niveaux : de l'éducateur, du psychomotricien, des parents, des enfants, etc.).
- L'observation continue des enfants infirmes moteurs cérébraux est l'un des soucis de la psychologue pour comprendre les relations dominantes au sein

d'une classe (la dynamique de groupe, les relations intra groupe, les relations des enfants entre eux et avec l'éducatrice).

Le rôle du psychologue clinicien au Centre psychopédagogique Daksi II s'articule autour de 04 niveaux :

- 1- Avant l'accueil de l'enfant IMC au Centre.
- 2- Pendant son accueil au Centre.
- 3- Un travail dirigé vers l'environnement immédiat de l'enfant.
- 4- La participation active et efficace au sein de l'équipe thérapeutique qui est constituée des éducateurs, d'un pédagogue et de psychomotriciens.

6- Quelques comportements et réactions des Infirmes Moteurs Cérébraux au sein du Centre :

Il est très difficile de trancher sur les comportements et les réactions des enfants Infirmes Moteurs Cérébraux et dire qu'ils leur sont spécifiques.

Nous avons effectué une tentative auprès des enfants IMC au niveau du Centre psychopédagogique Daksi II dans le but d'avoir des éclaircissements sur quelques comportements lors de séances de rééducation et de repos. Nous avons pu constater deux types de réactions chez eux :

- une personnalité angoissée.
- une personnalité instable, troublée, agressive, etc.

Les enfants angoissés se comportent lors des séances de rééducation comme des inhibés et ne réagissent aux exercices présentés par l'éducatrice, d'autres fois nous remarquons chez eux une peur amplifiée lors de l'exercice de la position assise notamment du passage de l'assis au debout ou à la marche et inversement. Certains signes cliniques sont aussi notés tels que la régression par le symptôme de l'énurésie, le retard du langage, le refus de la rééducation et de l'enseignement, le repli sur soi, tous ces symptômes sont la manifestation due aux troubles biologiques, psychologiques et certaines types de pressions.

En ce qui concerne les enfants qui se manifestent par l'instabilité et les troubles de la personnalité, leur agressivité est dirigée vers le matériel et équipement de la rééducation et vers le personnel d'encadrement : les éducateurs, les administratifs et même la psychologue.

Les relations entre les enfants infimes moteurs cérébraux se manifestent aussi par les conflits et de l'agressivité, notamment entre-eux. Les agressions par l'utilisation du matériel scolaire, des mains, les morsures et autres sont monnaie courante.

Cet ensemble de constatations cliniques permet de conclure que les comportements dynamiques relationnels se distinguent chez les enfants infirmes moteurs cérébraux par de l'agressivité entre-eux et vis-à-vis des autres.

7. L'étude des cas :

Le cas 01 :

Nom et prénom : H. Tarek

Age : 11 ans

Sexe : Masculin

Le contact : il était bon dans l'ensemble, le sujet a manifesté un désir de participation et de coopération.

Le rang dans la fraterie : le dernier de 6 frères.

Le niveau scolaire : aucun niveau scolaire, par contre au >Centre il est intégré dans le groupe d'éveil II.

Date d'entrée au Centre : Mai 1990.

L'aspect extérieur : anormal et marche difficile.

Le langage : faible.

Les parents :

- le père : comptable. L'âge : 56 ans.
- La mère : au foyer. L'âge : 54 ans.

Le niveau socio-économique : moyen.

Le bilan psychomoteur : retard dans l'acquisition de la station assise jusqu'à l'âge de 02 ans. Les premiers pas à 03 ans et acquisition tardive dans l'apparition de la langue.

Les évènements : la période de grossesse état pénible pour la mère ainsi que l'accouchement. L'enfant n'a pas crié à la naissance du fait d'un problème respiratoire et présentait une hémiplégie latérale gauche, c'est ce qui a provoqué l'Infirmité Motrice Cérébrale.

L'humeur : moteur, actif.

L'investigation psychologique du cas 01

Interprétation des résultats des exercices de Tardieu pour le cas 01 :

Exercice 01 : les gnosies tactiles :

a- nous présentons à l'enfant 05 formes géométriques différentes (voir annexe p.233).

Les résultats : l'enfant donné 4 réponses correctes et une seule mauvaise réponse, ce qui signifie une bonne perception gnosique.

b- nous présentons à l'enfant 12 formes géométriques différentes (voir annexe p.233).

Les résultats : l'enfant a donné 06 réponses correctes et 06 mauvaises réponses, ce qui signifie l'absence de la perception gnosique tactile nécessaire au développement de l'intelligence, en plus d'un égocentrisme constaté chez ce sujet se manifestant à travers une hésitation et de la crainte.

Les résultats de l'exercice 01 sont contradictoires confirmant le doute et l'absence de confiance chez ce cas.

Exercice 02 : les gnosies spatiales à travers les mouvements du pouce en dehors du regard de l'enfant.

Les réponses étaient correctes lors de l'orientation du pouce vers le bas, le haut, latéral droit et latéral gauche, ce qui explique que le sens de l'orientation du pouce et en dehors du regard est intact chez ce sujet.

Exercice 03 : les gnosies linguales.

Les résultats sont les suivants : 10 réponses correctes et une seule réponse fautive, ce qui signifie une perception linguale saine.

Exercice 04 : les gnosies auditives.

La réponse était une distinction entre le son de la lettre I et celui du P avec une confusion entre le OU et le U.

Exercice 05 : les gnosies faciales (**voir annexe p.235**):

Les résultats de la localisation des points sur le visage étaient comme suit : 12 réponses correctes et 04 fausses. Par contre le résultat de la reconnaissance des points placés sur le visage du sujet et reconnu sur un visage dessiné était : 11 réponses correctes et 05 fausses, ce qui confirme une bonne reconnaissance faciale du sujet et dénote d'une capacité certaine pour l'amélioration de son langage.

Conclusion générale des résultats du sujet obtenus dans l'application des exercices de TARDIEU :

- nous avons observé une absence de la perception gnosique chez le sujet qui est considérée comme un fondement essentiel au développement de l'intelligence, cet enfant reste replié sur lui-même du fait des agnosies relatives au sens tactile.
- L'orientation spatiale chez cet enfant demeure correcte.
- La perception gnosique linguale est saine.
- L'enfant souffre de troubles auditifs du fait des agnosies relatives.
- La perception faciale est bonne chez cet enfant et il est possible qu'il peut améliorer considérablement son langage.

Interprétation des résultats de l'échelle de Columbia du cas 01 :

Le tableau des résultats est en Annexe p.236

Le score au test de Columbia du sujet 01 se présente comme suit :

$$\text{Q.I. St (à un âge)} = 100 + \frac{15 (\text{Note brute} - \text{Moyenne des notes de l'âge})}{\text{Ecart type des notes de l'âge}}$$

$$\text{Q.I. St (11ans)} = \frac{100+15(72-80)}{5.76} = 79.16$$

$$\text{Q.I. St. (11 ans)} = 79.16$$

$$79.16 > 70$$

A partir de ce score nous pouvons dire que le sujet présente une probabilité d'un trouble intellectuel.

Interprétation du Test du Bonhomme du cas 01 : (voir annexe P.241)

La tête : selon Karren Machover, elle définit le centre du Moi. Le sujet a donné une grande valeur au dessin de la tête, ceci signifie une atrophie du Moi sur fond psychotique. Il est aussi narcissique et rejeté socialement.

Le visage : le dessin du visage n'est pas suffisamment clair, ce qui signifie que c'est un enfant qui fait dans la précipitation, dans l'instabilité et l'expectative. Il n'est pas exclu que nous sommes face à une structure à tendance schizophrénique.

Les détails du visage ne sont pas correctement distingués, c'est là le signe d'une timidité et d'un repli sur soi. L'enfant n'a pas donné une importance au dessin ce qui laisse dire que c'est l'équivalent d'un manque d'intérêt accordé à lui-même.

Le nez : il est représenté par l'enfant comme un phallus déformé, c'est l'indication de problèmes liés à la sexualité spécifique du sujet et d'une forme de culpabilité liée à la masturbation et à l'angoisse de castration avec inefficacité des mécanismes de défense.

Les yeux : selon Machover ce sont « les voies de l'âme » et des intermédiaires de communication entre les personnes. Ce sont aussi des éléments de sécurité, d'expression de la beauté et surtout un moyen d'expression et de communication en premier lieu. De grands yeux selon Machover peuvent dominer le monde.

Les sourcils : leur représentation est très mauvaise par l'enfant, ce qui signifie son éloignement de l'art de la beauté.

Les oreilles : elles sont placées pour l'audition et la connaissance. Une oreille est représentée schématiquement, ce qui peut signifier que le sujet est psychotique avec un fond hallucinatoire et essaye d'acquérir de la connaissance.

Les cheveux : en général, les cheveux indiquent le narcissisme et le besoin d'attirer l'autre.

La bouche : la bouche est absente du dessin, son oubli traduit une culpabilité orale.

Le cou : il est absent dans le dessin, un trait trace l'endroit du cou ce qui semble être une castration symbolique.

Le tronc : il représenté par deux traits symétriques avec un vide au niveau du centre, ce qui signifie que l'enfant vit en régression ou écarté socialement. Le corps est chétif c'est le signe d'une dépréciation du corps propre, la peur de l'obésité, de la vieillesse et l'envie de rester enfant. Cela peut être aussi un signe d'une faiblesse réelle.

L'importance de la taille et de la ceinture : la taille est petite c'est ce qui peut indiquer une absence de contrôle de la sexualité.

Les membres supérieurs : permettent le contact avec le monde extérieur, la représentation du développement du Moi et l'adaptation sociale.

Les mains : elles permettent de situer les problèmes. Leur représentation dans le dessin de l'enfant est floue, ce qui peut indiquer une faible confiance dans la communication sociale. D'un autre côté, elles sont éloignées du corps et orientées vers l'extérieur et la socialisation.

Les doigts : ne sont bien indiqués mais ils demeurent un point de contact avec l'extérieur.

Les membres inférieurs : ils nous rattachent au sol, c'est un soutien à la sécurité et aux communications. Ils permettent la marche et supportent le corps.

Les jambes : dessinées d'une manière insignifiante. L'enfant est dans une incapacité motrice et psychologique.

Les pieds : C'est un symbole phallique, comme nous l'avons évoqué pour le nez.

La position des pieds : ils sont éloignés. Cet enfant est peut être en conformité avec lui-même.

Les orteils : ils sont dessinés mais pas clairement, c'est le signe d'une autonomie infantile.

Résumé du cas 01 :

Les points suivants résument d'une manière globale le cas Tarek :

- des problèmes concernant sa personnalité et son Moi.
- Evocation d'une structure à tendance schizophrénique avec excitation à caractère délirant.
- Des problèmes sexuels avec faiblesse des mécanismes de défense.
- Castration symbolique avec un faible contact avec autrui et repli.
- Manifestations régressives et fixation au stade oral.
- Le développement n'a pas atteint la maturité à signification adaptative.

Analyse globale du cas 01 :

Le sujet Tarek âgé de 11 ans souffre d'Infirmité Motrice Cérébrale. Il a rejoint le Centre Psychopédagogique Daksi II en mai 1990, est se trouve dans la classe d'éveil II.

Après avoir évalué les résultats concernant les exercices de TARDIEU, l'échelle de maturité mentale de Columbia et le test du bonhomme, nous pouvons établir la synthèse suivante de ce cas :

Le sujet 01 souffre d'une agnosie relative aux sens qui entrave le développement de l'intelligence, c'est ce qui a confirmé les résultats de l'échelle de maturité mentale de Columbia et a permis l'établissement du diagnostic d'un trouble intellectuel sous tendu par un repli sur soi.

Les résultats du test du bonhomme vont dans le même sens en démontrant que le sujet est replié sur lui-même, présente une problématique dans la structure du Moi et l'évocation d'une structure à caractère schizophrénique et parfois délirante. C'est ce qui se remarque à travers ses manifestations régressives et sa fixation au stade oral. Il n'a pas atteint encore la maturité à signification adaptative. Paradoxalement son orientation spatiale est correcte et c'est dû au travail de la rééducation motrice.

Les exercices des gnosies auditives ont suspecté des troubles auditifs qui ont eu un effet sur le l'acquisition du langage, par contre la perception au niveau du visage et de la langue est intacte. Ce qui dénote la présence de capacités perceptives réelles chez ce sujet qui peuvent être améliorées par le biais d'une bonne rééducation verbale.

Les résultats du test du bonhomme confirment la présence de problèmes sexuels avec des mécanismes de défense du Moi inopérants, cet enfant souffre d'une castration symbolique et confirmée par la psychologue du Centre après lui avoir présenté les résultats du test.

Le sujet demeure replié sur lui-même avec un contact faible avec le monde extérieur d'où l'impossibilité de s'adapter avec la réalité vécue.

Le cas N° 02 :

Nom et prénom : B. Djamel.

Âge : 10 ans.

Sexe : masculin.

Le contact : il était bon dans l'ensemble et le sujet n'a monté aucune gêne envers nous.

Le rang dans la fraterie : le 3^{ème} parmi 8 frères et sœurs.

Le niveau scolaire : aucun, par contre à l'intérieur du Centre il est intégré dans le groupe d'éveil II –c-

Date d'entrée au centre : 02 décembre 1990.

L'aspect extérieur : anormal, sa marche est difficile.

Le bilan psychomoteur : confirme un retard important notamment la station debout acquise à 04 ans, la marche à 06 ans et le langage n'est apparu qu'à 08 ans.

Le langage : très pauvre.

Les parents :

- le père : fonctionnaire à la mairie, l'âge : 43 ans.

- la mère : au foyer, l'âge : 40 ans.

Le niveau socio-économique : acceptable dans l'ensemble.

Les évènements : les conditions de la grossesse étaient très difficiles. La mère a été exposée aux rayons X au troisième et quatrième mois de la grossesse, c'est ce qui a provoqué des séquelles graves sur le développement du fœtus. L'accouchement s'est déroulé à domicile, c'est-ce qui a privé le nouveau-né de la primo vaccination. Au premier mois de la vie, l'enfant a été exposé à une hyperthermie (élévation de la température) suite à cela il a été asthénique avec chute pondérale. Tous ces facteurs ont été à la source de l'Infirmité Motrice Cérébrale suivie par hémiplégie latérale gauche.

L'humeur : calme dans l'ensemble.

L'investigation psychologique du cas 02 :

Interprétation des résultats des exercices de TARDIEU du cas 02 :

Exercice 01 : les gnosies tactiles :

a- nous présentons au sujet 5 formes géométriques différentes.

Les résultats étaient les suivants : 3 fausses réponses et 2 réponses correctes, ce qui dénote d'une faible perception gnosique.

b- nous présentons 12 formes géométriques différentes.

Les résultats obtenus sont : 04 réponses fausses et 08 correctes. C'est le signe d'une agnosie qui a perturbé le développement de l'intelligence de cet enfant qui apparaît replié sur lui-même.

Des résultats des deux exercices soumis à l'enfant nous pouvons déduire que la gnosie relative au sens tactile est presque abolie.

Exercice 02 : la gnosie spatiale à travers les mouvements du pouce .

Les réponses de l'enfant étaient correctes ce qui confirme une bonne orientation spatiale.

Exercice 03 : la gnosie sensorielle linguale.

Les résultats obtenus sont : 09 réponses correctes et 02 fausses réponses, ce qui confirme une bonne gnosie linguale dans l'ensemble.

Exercice 04 : la gnosie sensorielle auditive.

Les résultats sont les suivants : une distinction entre le I et le P et une confusion entre O et OU. Il y a confirmation d'un trouble gnosique relatif au sens de l'audition.

Exercice 05 : la gnosie faciale.

- la représentation des points de l'image dessinée vers le visage de l'enfant : les 16 points ont été bien identifiés par l'enfant.

- l'inverse a été aussi réussi par l'enfant.

Cet enfant ne présente aucun trouble gnosique à ce niveau de la reconnaissance faciale et pourra s'améliorer sur le plan du langage par la capitalisation et la rééducation de ses capacités.

Conclusion générale des résultats des exercices de TARDIEU du cas 02 :

- les gnosies relatives aux sens sont très faibles pour ce cas, l'enfant est dans une position de repli sur lui-même du fait de la mauvaise reconnaissance des objets par le sens tactile.
- l'orientation spatiale est correcte et peut s'améliorer.
- la reconnaissance gnosique linguale est opérante.
- l'enfant souffre de déficits auditifs.
- la perception et la reconnaissance faciale sont intactes, c'est une possibilité offerte à l'amélioration du langage.

Interprétation des résultats de l'échelle de Columbia du cas 02 : (Le tableau des résultats annexe P.237)

$$\text{Q.I. St. (à un âge)} = 100 + \frac{15(\text{note brute} - \text{moy. des notes de l'âge})}{\text{Ecart type des notes de l'âge}}$$

$$\text{Q.I. St. (10 ans)} = 100 + \frac{15(74-79)}{7.04} = 89.34$$

$$89.34 > 80$$

De ce résultat nous confirmons le trouble intellectuel chez cet enfant.

Interprétation des résultats du test du Bonhomme du cas 02 : (Voir annexe P.242)

La tête : selon Karren Machover : « c'est le centre du Moi).

Le visage : les éléments du visage présentent une problématique, cela peut être le signe d'une agressivité, il utilise volontairement la vue latérale.

Le nez : c'est symbole sexuel, il est déformé dans ce dessin et c'est possible que le sujet souffre de problèmes sexuels, surtout une culpabilité liée à la masturbation et de l'angoisse de castration du fait de l'inopérationalité des mécanismes de défenses du Moi.

Les yeux : selon Machover, ils sont : « les fenêtres de l'âme », des moyens de communication importants entre les individus. Ce sont aussi des éléments de sécurité et d'esthétique mais surtout un moyen d'expression en premier lieu. Des yeux fermés peuvent signifier un détachement du monde extérieur.

Les oreilles : se trouvent pour l'audition et la connaissance.

Les cheveux : en général leur représentation c'est entre le narcissisme et le besoin d'attirer l'autre.

La bouche : elle est incluse graphiquement et démontre un état de tension.

Le menton : apparent et mis en relief c'est le symbole de la masculinité et du courage.

Le cou : selon Machover : « il constitue un cordon et une chaîne entre le corps (incluant les pulsions de manière générale) et la tête (le centre de l'intelligence et du contrôle du corps) ». C'est un sujet guidé par ses pulsions du fait de la représentation du cou qui est petit et frêle.

Le tronc : représenté par des traits parallèles avec un vide dans le centre, c'est le signe d'une régression du sujet et d'une coupure avec la société.

Les poumons : c'est le signe de la puissance et c'est de même pour les épaules.

Les membres supérieurs : permettent le contact avec le monde extérieur, la représentation du développement du Moi et l'adaptation sociale.

Les mains : dessinées d'une manière floue, ce qui veut dire que le sujet manque de confiance suffisante à l'établissement des relations sociales. Les mains sont collées au corps c'est le signe d'un besoin de contrôle et la tendance à l'hésitation.

Les doigts : ce sont des points de contact, le sujet les a représenté comme des griffes, c'est la possibilité d'une formation délirante et agressive.

Les membres inférieurs : nous rattachent au sol et ce sont des appuis de confiance et de communication. Ils permettent la marche et le support du corps.

Les pieds : constituent un symbole sexuel au même titre que le nez.

Les orteils : comme pour les doigts des mains, ils ont une relation avec le sentiment de l'agressivité.

Conclusion des résultats du test du bonhomme du cas 02 :

- Formation à caractère délirant.
- Problèmes sexuels avec des mécanismes de défense du Moi inopérants.
- Rupture avec le monde extérieur avec tentative de démontrer sa masculinité, sa puissance et il est agressif.
- Aspects régressifs et fixation au stade oral.
- Le développement n'a pas atteint une maturité à signification adaptative.

Analyse générale du cas 02 :

Le sujet B. Djamel âgé de 10 ans souffre d'une Infirmité Motrice Cérébrale, a rejoint le Centre Psychopédagogique Daksi II le 02/12/1990 et intégré dans le groupe d'éveil II -c-

Après l'interprétation des résultats obtenus aux exercices de TARDIEU, l'échelle de Maturité Mentale de Columbia et le test du bonhomme, nous pouvons avancer ce qui suit :

Le sujet 02 souffre d'un trouble gnosique relatif aux sens .Les résultats de l'échelle de Columbia confirment aussi le trouble intellectuel et nous pouvons déduire que l'enfant reste replié sur lui-même.

Par contre les résultats du test du bonhomme attestent que l'enfant est sous une influence structurelle à tendance délirante avec des manifestations régressives et une fixation au stade oral et de ce fait le développement n'a pas atteint sa maturité à signification adaptative. In reste cependant pur cet enfant une orientation spatiale correcte qui peut par la rééducation apporter de bons résultats concernant les troubles moteurs.

Les résultats obtenus par l'enfant aux exercices de TARDIEU précisent le trouble auditif ce qui a laissé place à une pauvreté du langage, par contre les gnoses linguale et faciale sont indemnes, c'est ce qui offre la possibilité d'une rééducation compte tenu des capacités de l'enfant.

Nous avons aussi déduit des résultats au test du Bonhomme que le sujet présente des problèmes sexuels avec des mécanismes de défense du Moi inopérants, il veut démontrer sa virilité et sa puissance ainsi que da l'agressivité à travers des comportements observés à l'intérieur du Centre. Il est aussi en rupture avec le monde extérieur.

Le cas 03 :

Nom et prénom : H. Zakaria

Age : 8 ans

Sexe : masculin

Le contact : simple sans entrave aucune

Rang dans la fraterie : l'ainé parmi 6 frères et sœurs

Le niveau scolaire : aucun, à l'intérieur du Centre il est intégré dans le groupe d'éveil II –b-

Date d'entrée au Centre : 26/10/1992

L'aspect extérieur : acceptable dans l'ensemble, nous notons une un trouble au niveau de la marche

Le langage : bon dans l'ensemble

Les parents :

- le père : comptable

âge : 44 ans

- la mère : sans travail

âge : 38 ans

Le niveau socio-économique : moyen

Le bilan psychomoteur : retard dans la station assise jusqu'à l'âge de 09 mois, la marche à 11 mois, un mauvais équilibre et un retard important dans l'apparition du langage.

Les événements : l'accouchement était pénible, le nourrisson a eu des difficultés respiratoires à cause du cordon ombilical qui s'est enroulé autour du cou, avec des crises spasmodiques au début de la naissance et qui ont laissé des séquelles pour l'installation d'une Infirmité Motrice Cérébrale sous tendue par une hémiplegie latérale gauche. Au départ représentait par une monoplegie de la jambe gauche qui s'est développée en hémiplegie par la suite.

L'humeur : optimiste active et motrice.

L'investigation psychologique du cas 03 :

Interprétation des résultats des exercices de TARDIEU :

Exercice 01 : les gnosies tactiles :

a- nous présentons au sujet 05 formes géométriques.

Les résultats sont : 03 réponses correcte et deux fausses, ce qui explique la bonne performance gnosique concernant ce sens chez ce sujet.

b- nous présentons au sujet 12 formes géométriques différentes.

Les résultats : 12 réponses justes.

Les résultats des exercices appliquées pour les gnosies tactiles démontrent que la perception sensorielle relative au touché est bonne constitue un point d'assise essentielle au développement de l'intelligence de cet l'enfant.

Exercice 02 : la gnosie spatiale à travers les mouvements du doigt.

Les résultats étaient positifs aux mouvements du doigt (le pouce), ce qui confirme la bonne orientation spatiale.

Exercice03 : la gnosie linguale.

Les résultats : le sujet a obtenu 10 réponses correctes et une seule mauvaise réponse. Cette performance démontre la bonne gnosie linguale.

Exercice 04 : la gnosie auditive.

Les résultats

Les résultats : le sujet a pu distinguer entre I et P et a fait une confusion entre le O et le OU, ce qui laisse place à des troubles auditifs chez cet enfant.

Exercice 05 : la gnosie faciale.

La représentation des 16 points du visage dessiné sur une feuille et leur identification sur le visage de l'enfant était correcte.

Inversement l'identification des 16 points du visage sur le dessin était aussi correcte.

C'est le signe de la bonne gnosie faciale chez le sujet et qui a de réelles aptitudes à l'amélioration de son langage.

Conclusion des résultats des exercices de TARDIEU :

Nous résumons dans ce qui suit les résultats du cas 03 :

- une perception gnosique tactile correcte favorable au développement normal de l'intelligence
- l'orientation spatiale est correcte
- la gnosie linguale est performante
- le sujet souffre d'un trouble auditif
- la reconnaissance des gnosies faciales est bonne ce qui permet l'amélioration du langage.

Interprétation des résultats de l'Echelle de Maturité Mentale de Columbia du su cas 03 : (le tableau des résultats annexe P.238)

Q. S. St. (à un âge)= $100 + \frac{15(\text{note brute} - \text{Moyenne des notes de l'âge})}{\text{Ecart type des notes de l'âge}}$

Q. I. St. (8 ans) = $100 + \frac{15(75 - 69)}{8.04} = 111.19$

111.19 > 80

De ces résultats, nous pouvons confirmer le trouble intellectuel chez ce sujet 03.

Interprétation du test du Bonhomme du cas 03 : (voir dessin annexe P.243)

La tête : selon Machover c'est le centre du Moi

C'est possible que cet enfant soit sévèrement troublé, il fait dans la précipitation et est impulsif et c'est aussi possible qu'il ait une prédisposition d'une structure de la personnalité à tendance schizophrénique. Le dessin flou et fantomatique du visage présage de cela.

Les éléments du visage dessinés avec une certaine précision laissent penser à la présence de l'agressivité chez le sujet avec un regard latéral assez pointilleux.

Il a donné aussi une importance au visage et nous a demandé de lui donner une pièce de monnaie pour le dessin du visage, c'est là le signe d'une forte considération à sa personne.

Le nez : c'est un symbole sexuel phallique, il est dessiné par l'enfant d'une manière déformée, cela explique la présence de troubles sexuels chez ce sujet, d'une culpabilité liée à la masturbation accompagnée d'une angoisse de castration avec des mécanismes de défense du Moi inopérants.

Les yeux : « les fenêtres de l'âme » selon Machover, l'enfant a dessiné de grands yeux par rapport au visage, c'est la possibilité d'une maîtrise du monde extérieur.

Les sourcils : ils sont bien dessinés, c'est d'une préoccupation de l'enfant à l'esthétique et à la beauté.

Les oreilles : sont présentes pour l'audition et la connaissance, sont dessinées très grandes dans le dessin, c'est là une représentation des oreilles d'un animal qui a été favorisée par le milieu familial de l'enfant le comparant à l'âne.

Les cheveux : sont dessinés dans le dessin, cet enfant narcissique cherche à attirer le regard des autres sur sa personne.

La bouche : nous donne des informations à la fois sur les besoins alimentaires et les préoccupations affectives. Elle est dessinée grande et volumineuse et c'est l'indication d'une agressivité chez le sujet.

Le cou : selon Machover « il constitue un cordon et une chaîne entre le corps (incluant les pulsions de manière générale) et la tête (le centre de l'intelligence et du contrôle du corps) ». Dans le dessin de cet enfant, le cou est représenté petit c'est l'expression de manifestation pulsionnelle confuse. Nous remarquons aussi un trait coupant le cou c'est un niveau de castration symbolique vécue par le sujet.

Le tronc : il est volumineux dans le dessin et surtout les épaules ceci est lié au désir de l'enfant de confirmer sa masculinité et son courage. Il n'est pas exclu aussi que l'enfant se sent d'une grande force Les traits parallèles dans le dessin sont l'indice d'une régression du sujet.

Les membres supérieurs : permettent le contact avec le monde extérieur, le développement du Moi et l'adaptation sociale. L'enfant a dessiné les mains éloignées du corps, c'est un élan porté vers l'environnement social et leur a attribuées de longs avant-bras, c'est sa tendance à l'espérance.

Les membres inférieurs : nous relie au sol c'est un appui à la sécurité et à la communication. Le sujet a dessiné les pieds, un symbole phallique au même titre que le nez, éloignés l'un de l'autre, c'est la confirmation de sa confiance en lui-même.

Résumé des résultats du test du Bonhomme du cas 03 :

Les éléments d'analyse obtenus dans la passation du test du Bonhomme accordent l'évaluation suivante :

- évocation d'une structure de la personnalité de l'enfant à caractère schizophrénique.
- Problématique sexuelle avec des mécanismes de défense du Moi inopérants
- Castration symbolique mais le contact avec le monde extérieur reste très significatif. Une agressivité avec exposition de la virilité et de la puissance.
- Manifestations régressives et fixation au stade oral
- Le développement a atteint la maturité adaptative chez le sujet.

Analyse globale du cas 03 :

Le sujet H. Zakaria âgé de 108 ans souffre d'une Infirmité Motrice Cérébrale, a rejoint le Centre Psychopédagogique Daksi II le 26/10/1992 et intégré dans le groupe d'éveil II –b-

Après avoir interprété les résultats des exercices de TARDIEU, le test du Bonhomme et l'Echelle de Maturité Mentale de Columbia, nous retenons ce qui suit :

Le sujet 03 se distingue par des niveaux gnosiques relatifs aux sens acceptables qui soutiennent le développement intellectuel de la personne sauf que pour cet enfant un trouble intellectuel s'est manifesté dans le test de Columbia. Cet enfant a de réelles possibilités pour l'amélioration de son niveau intellectuel et de ses capacités mentales.

Des séances de prise en charge devraient normalement concrétiser l'évolution à condition qu'elles soient programmées et soutenues par tous.

Il est de même pour la bonne orientation spatiale de ce cas qui devrait faciliter la rééducation des troubles moteurs.

Les résultats aux exercices de TARDIEU ont confirmé que le sujet souffre d'un trouble auditif mais pas aigu, sa capacité de langage est grande et il existe un réel potentiel d'aptitudes allant dans le sens de progrès possibles chez cet enfant. Il s'agit que la rééducation orthophonique vienne en aide à cet enfant parce que la reconnaissance faciale et la gnose linguale le permettent.

Les résultats au test du Bonhomme ont levé le voile sur des problèmes sexuels vécus par ce sujet, l'inefficacité des mécanismes de défense de son Moi et vit une castration symbolique. Tout ceci a induit de l'agressivité et la démonstration de la force et de la masculinité. Il reste néanmoins sujet à une régression et à une fixation au stade oral sans perdre toutefois le contact avec le monde extérieur, c'est là l'espoir d'un développement qui peut atteindre une maturité adaptative.

Exercice 02 : la gnosie spatiale à travers le mouvement du pouce .

Les réponses étaient correctes au mouvement et l'orientation du pouce ce qui pur ce sujet constitue une bonne gnosie spatiale.

Exercice 03 : la gnosie linguale.

Les résultats se présentent comme suit : 03 réponses justes et 02 fausses, c'est l'indice d'une agnosie relative à ce sens.

Exercice 04 : la gnosie relative à l'audition.

L'enfant a pu distinguer entre P et le I avec confusion entre le O et le OU, cela confirme un trouble auditif.

Exercice 05 : la gnosie .

Les résultats obtenus par le sujet concernant l'identification des points dessinés sur une feuille et leur reconnaissance sur le visage étaient comme suit : 02 réponses correctes et 14 erreurs.

A l'inverse, du visage propre vers le dessin les réponses étaient : 04 justes et 10 fausses. C'est la confirmation d'une perception sensorielle au niveau du visage très faible et marque la difficulté à acquérir le langage.

Conclusion générale des résultats des exercices de TARDIEU du cas 04 :

- Les gnosies perceptives relatives aux sens, dans leur ensemble, sont moyennes.
- La perception sensorielle au niveau de la langue est troublée.
- Un déficit au niveau de l'audition.
- La perception et la reconnaissance au niveau du visage très faible ce qui présage d'une difficulté à acquérir le langage.

Interprétation des résultats de l'Echelle de Maturité Mentale de Columbia du su cas 04 : (le tableau des résultats annexe P.239)

Q. S. St. (à un âge) = $100 + 15 \frac{(\text{note brute} - \text{Moyenne des notes de l'âge})}{\text{Ecart type des notes de l'âge}}$

Q. I. St. (9 ans) = $100 + \frac{15 (70 - 74)}{6.86} = 91.25$

91.25 > 80

De ce résultat, nous confirmons le trouble intellectuel chez le sujet 04.

Interprétation du dessin du Bonhomme du cas 04 : (voir annexe P.244)

La tête : selon Karren Machover elle clarifie la position du Moi, l'aptitude intellectuelle, l'autorité sociale et la maîtrise des pulsions.

Le sujet a dessiné la tête de manière non distincte et fantomatique. Il est possible qu'elle soit trop perturbée, sous l'influence d'une structure à tendance schizophrénique et manque de considération en soi.

Les yeux : selon Machover « les fenêtres de l'âme » et ceux des intermédiaires importants de la communication entre les individus.

Le sujet a dessiné de gros yeux débordants, ce qui signifie l'absence de contrôle sur le monde extérieur et la manifestation d'une certaine douleur.

Les oreilles : elles sont présentes pour l'audition et la connaissance. Cette enfant a dessiné les oreilles par deux traits, elle souffre d'une surdité et son état évoque une structure de personnalité sous forme délirante.

La bouche : elle donne des informations sur les besoins alimentaires et les préoccupations affectives. L'enfant a dessiné un rond qui est la signification d'une relation infantile et de dépendance à autrui.

Le tronc : il est représenté par deux traits parallèles dans le dessin du sujet avec un vide au centre, c'est le signe d'une régression et d'une rupture avec la société. C'est aussi un type de structure primaire de la personnalité.

Cette enfant déteste son corps, a peur de l'obésité et désire une fixation au stade de l'enfance. L'ensemble de ces symptômes expliquent la fragilité de la personnalité.

Les membres supérieurs : ils permettent le contact avec le monde extérieur, symbolisent le développement du Moi et l'adaptation sociale. Dans le dessin de cette enfant les membres supérieurs ne sont pas clairs, nous avons tendance à dire que son Moi n'a pas évolué dans le sens de la maturité et de l'adaptation sociale, comme l'absence des mains dans le dessin affirment le déficit en matière de confiance en soi et à l'établissement des relations sociales avec les autres.

Conclusion des résultats du dessin du Bonhomme du cas 04 :

Ces éléments obtenus dans la passation du test du Bonhomme pour ce sujet 04 permettent de citer les points suivants :

- évocation d'une structure de la personnalité tantôt schizophrénique et tantôt délirante
- absence de confiance en soi pour l'établissement de la communication sociale avec repli sur elle-même
- manifestations régressives et fixation au stade oral
- le développement n'a pas atteint la maturité à signification adaptative.

Analyse générale du cas 04 :

Le cas B. Chahra qui est âgée de 9 ans souffre d'une Infirmité Motrice Cérébrale. Elle a rejoint le Centre Psychopédagogique Daksi II le 26/09/1991 et fait partie du groupe d'éveil I –b-

Après avoir interpréter les résultats des exercices de TARDIEU, l'échelle de Maturité Mentale de Columbia et le test du Bonhomme, nous pouvons établir la synthèse suivante :

Cette enfant souffre de troubles gnosiques relatifs aux sens qui ont provoqués des déficits intellectuels, ce qui a été confirmé par les résultats obtenus dans l'Echelle de Maturité Mentale Columbia. Ce sujet se situe au niveau du stade de développement opératoire avec du retard dans l'acquisition des performances de l'intelligence adaptatrice (voir PIAGET). Les troubles auditifs sont aussi des facteurs d'inhibition du développement mental chez l'enfant. Les exercices de TARDIEU ont apporté la confirmation d'une agnosie relative au sens de l'audition ainsi qu'un retard dans l'acquisition du langage.

Nous remarquons aussi une agnosie linguale et une agnosie faciale compliquant davantage les acquisitions du langage.

Les gnosies spatiales sont correctes c'est-ce qui donne la possibilité à la rééducation de corriger les troubles moteurs chez cette enfant.

Nous avons aussi à travers les résultats du test du Bonhomme confirmé la manifestation d'une structure de la personnalité à tendance tantôt schizophrénique et tantôt délirante, il existe chez ce cas une régression et une fixation au stade oral (cette enfant met souvent son pouce dans sa bouche). En plus aussi d'une absence de confiance en elle-même et à l'établissement de la communication avec les autres. Elle est en situation de repli sur soi-même c'est-ce que nous avons pu observer directement chez elle. En conclusion son développement n'a pas encore atteint la maturité adaptative nécessaire.

Les résultats : 09 réponses étaient correctes et 03 mauvaises, la perception gnosique du sujet était plus que moyenne c'est ce qui rend possible un développement correct de l'intelligence.

Les deux exercices cités révèlent une bonne gnosie relative au sens tactile.

Exercice 02 : la gnosie spatiale à travers le mouvement du pouce.

Le sujet a donné de bonnes réponses, c'est qui démontre que son orientation spatiale est saine.

Exercice 03 : la gnosie linguale.

Les résultats obtenus par le sujet étaient comme suit : 10 réponses correctes et une seule mauvaise réponse, c'est la confirmation d'une bonne gnosie linguale.

Exercice 04 : la gnosie relative à l'audition.

La réponse était la suivante : la distinction entre le I et P et la confusion entre le O et le OU, c'est le signe d'un trouble auditif présent chez ce sujet.

Exercice 05 : la gnosie faciale.

L'identification des différents points à partir d'une image dessinée sur le visage propre les résultats étaient toutes correctes.

Par contre, du visage vers le dessin, 13 réponses justes et 03 fausses.

Cette performance du sujet montre que la gnosie faciale est bonne dans son ensemble et offre de réelles possibilités à la rééducation du langage.

Conclusion générale des résultats des exercices de TARDIEU du cas 05 :

Des résultats obtenus dans la passation des exercices de TARDIEU, nous pouvons retenir les points suivants :

- La gnosie relative au sens tactile est généralement correcte chez ce sujet et constitue par elle une bonne base au développement de l'intelligence.
- l'orientation spatiale est bonne.
- la gnosie faciale ne pose aucun problème
- le sujet souffre d'un déficit auditif
- la reconnaissance des gnosies faciales est largement performante, ce qui laisse envisager de réelles possibilités à une rééducation du langage.

Interprétation des résultats de l'Echelle de Maturité Mentale de Columbia du cas 05 :

(Le tableau des résultats annexe P.240)

$$\text{Q.I. St. (à un âge)} = 100 + \frac{15(\text{note brute} - \text{moy. des notes de l'âge})}{\text{Ecart type des notes de l'âge}}$$

$$\text{Q.I. St. (10 ans)} = 100 + \frac{15(70-79)}{7.04} = \mathbf{80.82}$$

$$\mathbf{80.82 > 80}$$

De ce résultat nous confirmons le trouble intellectuel chez cette enfant.

Interprétation des résultats du test du Bonhomme du cas 05 :

(Voir annexe P.245)

La tête : selon Karren Machover la tête « explique la position du Moi ».

Le sujet a donné une importance au dessin de la tête, c'est l'évènement d'une rétraction de son Moi, une possible formation délirante suivi d'un narcissisme et de rejet social. La constitution des éléments du visage est le signe d'une forme d'agressivité du sujet.

L'intérêt accordé au dessin du visage par l'enfant est une manière à travers laquelle le sujet porte son attention sur lui-même.

Le nez : c'est un symbole phallique et il est déformé dans le dessin c'est la signification d'une problématique sexuelle liée à la culpabilité de la masturbation avec des mécanismes de défense du Moi inopérants.

Les yeux : « les fenêtres de l'âme » selon Machover, ce sont des intermédiaires importants à la communication entre les personnes. Ce sont aussi des éléments d'esthétique et de beauté, d'expression en premier lieu. De grands yeux selon Machover est une possibilité offerte à la personne pour dominer le monde.

Les sourcils : bien dessinés ce qui fait penser que le sujet est préoccupé par tout ce qui est beau.

Les oreilles : sont présentes pour l'audition et la connaissance. Le pavillon est dessiné de façon très grande c'est l'indication d'une forme animale. L'âne qui est le symbole de l'ignorance.

Les cheveux : leur représentation est le symbole du narcissisme et l'attirance du regard d'autrui sur soi.

La bouche : sa représentation est chétive et rigide, c'est la signification d'une agressivité chez le sujet.

Les lèvres : traduisent les tendances sexuelles.

Le menton : très apparent est c'est le signe du courage.

Le tronc : il est représenté par deux traits parallèles avec un vide au centre, c'est ce qui signifie que le sujet est en régression et en rupture avec la société. Un corps chétif est l'insatisfaction du sujet, sa peur de l'obésité et son désir à se fixer dans la phase de l'enfance, c'est la conclusion d'une personnalité fragilisée.

L'importance de la taille et du pourtour : la petite taille est la possibilité d'un mauvais contrôle de la sexualité.

Les membres supérieurs : permettent le contact avec le monde extérieur, la représentation du développement du Moi et l'adaptation sociale.

Les mains : elles sont dessinées d'une manière non claire, cela peut être une confiance insuffisante chez le sujet à établir des relations sociales. Ce sont des mains retirées du corps et orientées vers l'extérieur et la société. Les avant-bras signifient que l'enfant est prétentieux.

Les doigts : sont des points de communication avec l'environnement.

Les membres inférieurs : ils nous rattachent au sol et constituent des appuis à la sécurité et aux relations sociales. Ils permettent la marche et supportent le corps.

Le sujet a dessiné de petites jambes, c'est le signe d'une incapacité motrice et psychologique. Les pieds sont éloignés l'un de l'autre, c'est possible que ce soit l'expression d'une marque de confiance en soi.

Conclusion des résultats du test du Bonhomme du cas 05 :

Les résultats obtenus de la passation du test du bonhomme du cas 05 permettent de tirer la conclusion suivante :

- des problèmes au niveau du développement du Moi.
- Evocation d'une structure de la personnalité à formation délirante.
- Problématique sexuelle avec des mécanismes de défense du Moi inopérants.

- Agressivité, courage et prétention.
- Aspects formatifs régressifs et fixation au stade oral.
- Le développement n'a pas atteint encore sa maturité adaptative.

Analyse générale du cas 05 :

Le sujet B. Nacera âgée de 10 ans souffre d'une Infirmité Motrice Cérébrale, a intégré le Centre psychopédagogique Daksi II le 24/02/1992 et se trouve dans le groupe d'éveil II -a-.

Après l'interprétation des résultats obtenus par le sujet aux exercices de TARDIEU, à l'Echelle de Maturité Mentale de Columbia et au test du Bonhomme de Machover, nous pouvons déduire ce qui suit :

L'enfant B. Nacera possède une bonne gnose relative aux sens ce qui pour elle est une base intéressante au développement de son intelligence, sauf que l'Echelle de Columbia a confirmé un déficit intellectuel qui peut être rééduqué et corrigé puisque les sens sont indemnes (la base organique au développement des aptitudes mentales et de l'intelligence chez les individus ainsi que le réseau des expériences de l'apprentissage et de l'exercice au savoir).

Il a été aussi confirmé dans les exercices de TARDIEU que ce cas 05 souffre d'un trouble auditif qui est à l'origine de la pauvreté de son langage, cependant les gnosies faciale et linguale sont correctes c'est- ce qui laisse la possibilité leur développement et à leur amélioration par la voie de la rééducation orthophonique.

Nous avons abouti suite aux résultats du test du Bonhomme que l'enfant souffre de problèmes concernant son Moi avec évocation d'une structure à formation délirante, des problèmes sexuels avec des mécanismes de défenses du Moi inopérants. L'enfant est en formation régressive de sa personnalité et une fixation au niveau du stade oral. Elle a aussi manifesté de l'agressivité, du courage et de la prétention, chose qui s'est confirmé lors de nos entretiens avec elle. Elle exprime et projette certains projets pour son avenir tel que devenir médecin par exemple et le plutôt possible.

En conclusion son développement est encore précaire et n'a pas atteint sa maturité adaptative c'est-ce qui a été observé dans les résultats du test du Bonhomme.

8-ANALYSE GENERALE DES 05 CAS

Tout ce qui peut être avancé dans l'analyse des cas étudiés dans cette recherche ne peut aller que dans le sens que toute négligence dans la prise en charge psychologique, qui ne tient pas en ligne de compte de certains niveaux d'interventions opérationnelles des spécialistes tels que le psychologue, le pédagogue, le psychomotricien et les éducateurs spécialisés, est fatale pour les enfants souffrant d'Infirmité Motrice Cérébrale. Cela peut être préjudiciable pour l'équilibre psychologique de leur personnalité.

Les syndromes de TARDIEU et d'autres preuves établies des constats et des bilans apportent la preuve d'un état de santé physique et mental de l'enfant improbable à son devenir. Les signes pathologiques menacent la vie de ces personnes qui sont handicapées dans plusieurs domaines vitaux tels que le côté physique, organique, cognitif, intellectuel, social et surtout psychologique.

Les Infirmités Motrices Cérébrales présentent d'importants retards sur le plan moteur, fonctionnel et neurologique comparativement aux enfants normaux.

A : le niveau psychomoteur :

Les handicapés Infirmités Motrices Cérébrales ne souffrent pas uniquement de problèmes psychologiques et relationnels mais aussi ils présentent des troubles liés à la perception gnosique, à l'orientation spatiale et temporelle, à la perception linguale, à la perception faciale, au contrôle moteur et à l'équilibre ainsi qu'à l'aphasie, aux troubles visuels, aux troubles auditifs, etc., qui ont de l'influence sur l'état psychologique du handicapé. Une bonne base sensorielle permet à l'enfant d'entretenir des contacts avec le monde extérieur, d'acquérir de la connaissance et l'expérience nécessaire comme elle favorise l'apprentissage, l'intelligence et renforce le schéma corporel et l'image du corps. Tous les cas analysés dans cette recherche ont présenté les faits suivants : ils sont indemnes sur le plan des gnosies faciales, linguales et de l'orientation spatiale. Le professeur TARDIEU le confirme dans son approche en stipulant que les troubles associés aux gnosies sensorielles constituent un élément isolé des troubles moteurs, par contre il existe d'importants troubles que l'on peut recenser telle que l'impossibilité de reconnaître les objets manipulés pour la majorité des cas qui sont des troubles de la reconnaissance (agnosies) comme le confirme Ph. LACERT (1), on peut constater aussi des difficultés de reconnaissance et d'identification : agnosie visuelle, diminution de la reconnaissance des sensations provenant de l'hémicorps lésé chez l'hémiplégique, etc.

1-LACERT Ph. (1982) : Athétose, Encycl. Méd. Chir., Paris, Neurologie, 17010D10, 6-p. 147

Et des troubles auditifs, ce sont essentiellement des surdités moyennes, qui se rencontrent surtout chez les enfants athétosiques et qui nécessitent une rééducation précoce, efficace et utile.

B- le niveau psychologique de la personnalité :

L'enfant Infirmes Motrices Cérébrales souffre de troubles psychologiques qui ont été préjudiciables à son équilibre, cela se remarque dans son refus de la réalité vécue et sa déformation. Les sentiments d'infériorité accompagnent souvent chaque geste accompli et se manifestent dans son langage et ses pensées, ce qui a accentué la détérioration de sa vie quotidienne. Il manifeste de la fatigabilité permanente et développe de la culpabilité suite à son incapacité d'accomplir un minimum vital de gestes et de faits de la vie courante. Sa réaction est l'émotion par des pleurs et le repli sur lui-même faisant valoir des mécanismes de défense du Moi tels que : la projection, le déni de la réalité, la formation réactionnelle et parfois le refoulement. Ces mécanismes de défense sont souvent inopérants et laissent place à l'installation de l'angoisse.

Dans le même temps, des observations, tirées de la pratique clinique de Marita GARELLI, Anne LEPAGE, Elisabeth MISTELLI sur l'enfant I.M.C et son corps (1) les confirmaient dans leur projet. Leur attention était en effet alertée par l'angoisse dont témoignaient tous les enfants dont ils avaient la charge. La plupart d'entre eux, quel que soit leur âge, l'exprimaient avec une étonnante facilité comme s'ils étaient sans défense contre elle, incapables de la mettre à distance. Elle se révélait de multiples façons à des degrés divers selon les enfants, au travers de comportements plus ou moins conscients ou de propos tenus. Telles étaient :

- les réactions de peur si fréquentes au cours des rééducations (dans certaines positions assises, lors des passages de la situation assise à la station debout ou d'un type de marche à un autre) ;
- les comportements régressifs : énurésie, retards du langage et conduites passives ou abandonniques non dus au handicap, refus de rééducation ou scolarité, repliements sur soi liés à des stress d'origines diverses qui revêtent parfois un caractère si massif qu'ils évoquent des états pré-psychologiques ;

1- Marita GARELLI, Anne LEPAGE et Elisabeth MISTELLI, in Bulletin de Psychologie, *La psychologie et l'enfance physiquement handicapée*, Présenté par H. HERREN, n° XXVII 310, Groupe d'études de psychologie de l'Université de Paris, 1973-1974, p. 364

- la revendication affective constante chez tous – l’avidité d’une relation individuelle avec l’adulte apparaît d’autant plus frappante qu’ils sont presque en permanence placés en situation duelle avec cet adulte.

Ce que nous pouvons aussi évoquer comme manifestations atteints par les sujets étudiés :

- une angoisse vers un danger réel, extérieur manifestée par une crainte de l’avenir et l’impossibilité d’un pronostic,
- une angoisse sexuelle spécifique,
- une angoisse liée à la perte de l’objet et représentée par la perte de l’esthétique du corps.

L’angoisse « à fleur de peau » manifestée par l’enfant IMC provient nous semble-t-il de ce qu’il vit son corps dans l’insécurité, l’impuissance et le conflit.

Dans l’insécurité d’abord : en dérochant à sa maîtrise, à son contrôle, son corps trahit ses efforts, ses désirs, ses projets, non seulement parce que ses mouvements sont perturbés par des spasmes, des contractures, une mauvaise régulation du tonus dont les manifestations sont variables suivant le moment, l’état émotionnel, la nature de l’acte à accomplir. L’instrument corporel est à la fois défectueux et non fiable. Par le fait même sont rendus fragiles et aléatoires le contrôle, la maîtrise du monde extérieur. D’où probablement un sentiment d’insécurité générateur d’angoisse.

Dans l’impuissance ensuite. Au fur et à mesure que l’enfant normal grandit, il apprend à se « distancer », à créer ses « eaux territoriales » comme le dit Wallon, à être seul avec son corps, à défendre au besoin sa solitude. Mais il sait aussi à tout moment il peut, s’il le désire, retrouver l’autre et s’assurer de la sécurité de sa présence. L’enfant infirme, lui, est transporté, posé ici et là. Sa distanciation n’est pas expérimentée dans la liberté, elle lui est imposée par l’autre : lorsque celui-ci est loin, il ne peut revenir à lui, quand il se rapproche, il ne peut s’éloigner. Sa solitude, loin d’être une conquête, prend la figure d’un abandon et son retour à l’autre est plus une possession qu’un échange, une relation partagée. L’impuissance de l’enfant IMC est donc à la fois source d’angoisse et obstacle à la communication avec autrui.

Dans le conflit enfin, le normal, non seulement offre à l’IMC un modèle corporel dont la structure et le fonctionnement diffèrent du sien mais en outre cherche à le « normaliser » selon ses propres normes. L’IMC doit donc à la fois trouver et construire sa propre normativité compte tenu des particularités de son propre équipement et tenter de s’adapter à la normativité que lui impose le normal. Cette double nécessité engendre peut-être un conflit dont les effets peuvent non seulement être anxiogènes mais, dans certains cas, freiner son dynamisme en suscitant des attitudes négatives ou en rejetant l’enfant dans une dépendance plus étroite à l’égard de l’adulte.

Toutes ces observations à propos de l'angoisse de l'IMC mettaient bien évidence l'importance de l'impact du corps vécu et des relations interpersonnelles dans la construction de l'image de soi et nous conduisaient à nous interroger sur la manière dont l'enfant IMC parvenait à se construire en tant que personne.

Ce tableau clinique évoque une contradiction existentielle entre l'acceptation et le refus du handicap avec tendance au refus.

Les comportements de l'infirmes moteur cérébral sont dominés par de l'agressivité, du sadisme et surtout le repli sur soi favorisant la dépression et les tendances au suicide. Ceci complique la conformité avec le corps propre sur le plan affectif et relationnel.

Nous avons aussi évoqué les troubles psychotiques qui se manifestent par des aspects régressifs et de la fixation au niveau de la phase orale, ce qui entrave le développement harmonieux du Moi qui ne peut atteindre la maturité adaptative.

Ces comportements ont été observés chez les enfants I M C du Centre et confirmés par les outils de l'évaluation psychologique (le test du Bonhomme) et les exercices des gnosies.

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

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

Le développement de l'image de soi chez les enfants IMC marquera des retards, présentera des anomalies ou se construira selon d'autres modalités que chez les enfants non handicapés.

C- le niveau intellectuel :

L'infirmité motrice cérébrale résulte de lésions précoces du cerveau. Elles sont non héréditaires, non évolutives et essentiellement responsables de déficiences motrices complexes, associant difficultés à commander le mouvement, à l'organiser et à le contrôler ainsi que faiblesse musculaire et raideur. D'autres grandes fonctions sont cependant parfois touchées, la vision par exemple. Et certaines capacités intellectuelles spécifiques peuvent être altérées. Mais l'atteinte cérébrale a suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation. « Si le quotient intellectuel est supérieur à 80, on parle d'infirmité motrice cérébrale ; s'il est inférieur à 80, d'infirmité

motrice d'origine cérébrale (IMOC) », schématise le docteur Antoine Gastal, de l'hôpital national de Saint-Maurice (Val-de-Marne) (1). IMC et IMOC sont deux formes différentes de paralysie cérébrale dont l'expression la plus sévère est le polyhandicap, qui associe déficience motrice et déficience mentale sévère.

Les chercheurs sont d'accords pour dire que les infirmes moteurs cérébraux ne sont pas atteints de troubles intellectuels et s'ils se manifestent c'est un cas très rare. Par contre l'Echelle de Maturité Mentale de Columbia (Test est cité en P.188) confirme la présence du déficit intellectuel chez les sujets 02, 03, 04, et 05 et le confirme de façon certaine mais chez le sujet 01 il existe un doute quant à la manifestation du trouble intellectuel. Ceci va dans le sens de les recherches des précurseurs et auteurs qui se sont intéressés aux hémiplegiques et infirmes moteurs cérébraux.

En conclusion, les résultats obtenus pour les trois niveaux analysés des 05 enfants infirmes moteurs cérébraux regroupent une majorité d'indication pour les spécialistes de la rééducation et surtout le psychologue qui a un rôle à jouer dans la prise en charge de ce type de pathologie. Il s'agit d'enfants à intégrer dans le social par l'amélioration de leurs aptitudes sur tous les plans.

9-Conclusion :

Plusieurs interrogations ont caractérisé cette recherche dès son début, il nous semble avoir élucidé quelques unes d'entre-elles, mais il reste plusieurs qui méritent plus de concentration et d'outils d'évaluation pour les éclairer. Parfois nous avons l'impression d'être convaincus par les résultats obtenus mais en fait elles exigent d'autres efforts et une pertinence de contrôle à travers des moyens plus élaborés pour déterminer sa problématique.

Le présent travail a pu prendre effet grâce à l'évolution de la science, de la formation des personnels spécialisés et le mérite revient à la recherche scientifique comme une ligne dans laquelle tous les programmes d'action vers les personnes, surtout les démunies, les handicapées et lésées sur un ou plusieurs plans doivent s'inscrire car c'est de là que viendra la vraie aide et assistance sociales.

Le souci de bien interroger la réalité des enfants en situation de souffrance est une difficulté en elle même car ce n'est pas évident de recueillir auprès d'eux ce que nous espérons obtenir. L'idée de travailler avec eux en les considérant anormaux ou handicapés est déjà un obstacle à la communication. L'appréciation des situations vécues par les enfants, leur entourage et par l'institution d'accueil n'est pas évidente. Toute observation faite dans le tas

1-www.imc.apf.asso.fr : L'IMC ou l'infirmité multi composée - Faire Face (mai 2007)

www.moteurline.apf.asso.fr : ce site de l'APF contient notamment une présentation détaillée de l'IMC, extraite de l'article du Dr Véronique Leroy-Malherbe (paru dans Déficiences motrices et situations de handicap, APF 2002)

et interpréter d'une manière aléatoire pourra faire valoir des comportements, de la part du personnel entourant l'enfant, préjudiciables aussi bien à sa vie associative qu'à son développement singulier. Les problèmes des hémiplésiques comme ceux des infirmes moteurs cérébraux sont les problèmes de toute être humain et ce sont des facteurs irréversibles mais dont leur gestion reste l'œuvre de spécialistes en association avec l'entourage de l'enfant.

Nous sommes partis de plusieurs problématiques, elles mêmes éléments de difficultés et variables de recherche à maîtriser tout le long de l'itinéraire de progression de la recherche et aboutis à des données concrètes traduites en facteurs d'analyse de contenu. Les résultats ont contribué à avoir un éclaircissement à peu près correct et convaincant sur les situations psychologiques vécues par les enfants de l'étude. Cette image, à peu près objective, a permis de lever le voile sur les interrogations posées.

Dans notre approche rééducative des enfants hémiplésiques, nous avons tenté avec la collaboration des techniciens de la rééducation fonctionnelle d'instaurer une stratégie rééducative qui vise l'amélioration de l'état sensitif du patient hémiplésique, c'était pour nous capital car nous étions convaincus qu'en explorant en premier lieu les potentialités physiques et psychiques l'amélioration du moteur ne serait tarder. Il s'agissait pour nous de motiver pour l'enfant pour déclencher en lui l'envie de reprendre et de récupérer ses fonctions motrices perdues.

Pour cela, nous avons favorisé l'auto apprentissage que nous considérons relatif du fait que les essais répétés garantissent un meilleur succès, alors qu'un apprentissage conditionné favorise des fixations involontaires pouvant aboutir à des conséquences banales de dysfonctionnement moteur et psychique semblables à la réaction de catastrophe dans le cas d'un sur-apprentissage.

Ainsi, nous avons jugé utile d'intégrer l'acte vasomoteur comme moyen de compensation dans la reconnaissance active des objets proposés, afin d'améliorer les agnosies relatives chez l'hémiplésique, ceci a permis à deux des trois patients d'atteindre un seuil de performance et de reconnaissance des objets sans contrôle visuel selon un mode de récupération sélective du désordre gnosique. Cette acquisition de la perception gnosique, à son tour, représente un moyen d'élaboration et de récupération du schéma corporel correct d'où une bonne reconnaissance de soi. Du coup, l'enfant hémiplésique présente un potentiel de récupération insoupçonné, comme tous les enfants, et que son état n'est pas une fatalité dès lors qu'avec un travail soutenu sur les gnosies sensorielles et une aide psychologique nous pouvons préparer favorablement l'enfant à une vie normale.

Cette représentation mentale elle-même a contribué à une amélioration du sens arthro-kinétique empêchant, à son tour, la spasticité et les mouvements ataxiques.

Le tout a permis un changement comportemental favorable à l'adaptation et l'uniformité sociale du patient hémiplégié en souffrance. Ce qui nous autorise à dire que l'acquisition de l'image de soi et les modèles comportementaux sont élaborés par un processus d'apprentissage notamment cognitif et surtout psychologique.

En ce qui concerne les enfants Infirmes Moteurs Cérébraux et à partir des résultats obtenus dans cette recherche, il s'est avéré que leur suivi psychologique au niveau du centre Psychopédagogique Daksi II n'est pas tout à fait concluant, c'est-ce qui a été évalué par la batterie des tests appliqués.

Concernant les exercices de TARDIEU, nous sommes aboutis au fait que les sujets de l'étude souffrent encore de problèmes importants se résumant dans des troubles auditifs et tactiles qui nécessitent une rééducation spéciale et efficace. Ce travail de correction des gnosies relatives au sens doit se faire pour espérer un développement intellectuel et l'acquisition des connaissances par les voies sensorielles, fondement de l'intelligence chez l'individu.

L'action de la psychologue du centre Psychopédagogique n'intègre pas dans son programme un travail sur le plan sensori-moteur, elle est menée uniquement sur deux plans : l'évaluation de l'intelligence et l'étude du Moi, c'est peut être cela qui fait persister la présence du trouble intellectuel chez les sujets.

Notre intervention au niveau du Centre Psychopédagogique Daksi II reste inscrite dans le domaine exclusif de la recherche scientifique, elle nous a permis de situer la problématique de l'enfant Infirmes Moteur Cérébral qui est complexe, car il ne s'agit pas uniquement d'une altération ou handicap lié à un domaine de développement singulier mais il est pluriel : le sensoriel, le moteur et l'intellectuel. En sommes, la prise en charge des enfants I M C est l'œuvre d'une équipe pluridisciplinaire dont l'action doit être coordonnée et conjuguée entre ses membres car il s'agit d'une synthèse d'action pluridisciplinaire pour espérer l'amélioration au niveau de la personne en souffrance, sans omettre aussi l'environnement immédiat de l'enfant représenté par sa famille et les personnes qui le côtoient.

De là, nous pouvons déduire que le psychologue praticien doit déterminer les niveaux de son intervention opérationnelle en tenant compte des domaines de développement suivants : le domaine sensori-moteur, le domaine du Moi et le domaine de l'intelligence. La mise en place de critères d'évaluation diagnostique

permettra au praticien spécialiste de rassembler le maximum d'éléments pour anticiper sur l'action de prise en charge réelle et performante. C'est aussi une façon de se rapprocher du patient, d'établir une relation thérapeutique intéressante et de favoriser son adaptation au handicap et à la société.

Les résultats de cette recherche ne sont pas convertibles à l'ensemble des enfants Infirmes Moteurs Cérébraux, ils n'ont de signification scientifique que pour les sujets consultés.

10-Propositions et recommandations :

Nous proposons à partir des résultats de cette recherche portant sur la rééducation et la prise en charge des enfants hémiplegiques et infirmes moteurs cérébraux proposer un projet de programme de prise en charge se résumant dans ce qui suit :

Pour les psychologues intervenants au niveau des Centres Psychopédagogiques :

1- Avant l'accès au Centre :

- l'accueil
- la recherche anamnétique
- la préparation à l'accès au Centre
- L'évaluation du sujet sur 03 domaines : le sensori-moteur, le Moi et l'intelligence.
- l'environnement (surtout familial)

2- le suivi au sein du Centre :

- l'intégration et le travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire
- la gestion de l'angoisse
- les comportements
- la représentation à partir de la projection et de l'espoir
- les projets d'avenir
- la résistance
- l'acceptation
- la problématique du corps (évaluer à partir des tests projectifs)
- le bilan psychomoteur
- le bilan orthophonique

3- la préparation à la vie sociale :

- l'intégration (à travers la rééducation)
- la socialisation (les jeux et les dessins)

4- le Counseling familial fondé sur la communication

Pour les psychologues exerçant au sein des services de la rééducation fonctionnelle : il s'agit d'abord de créer des postes pour les psychologues au sein de ces institutions. Leur intervention se situe en amont et en aval de tout travail rééducatif et réadaptatif, selon un programme centré sur les bilans sensoriels, moteurs et psychologiques.

Les difficultés rencontrées dans cette recherche :

Parmi les problèmes rencontrés dans cette recherche nous citons ce qui suit :

- l'insuffisance de la documentation dans le domaine des handicapés notamment les IMC et hémiplésiques surtout en Algérie.
- la difficulté à trouver des cas pour la recherche, ce qui nous a limité l'échantillon à 03 cas pour les hémiplésiques et 05 cas pour les infirmes moteurs cérébraux
- la difficulté à coopérer et à communiquer avec le staff administratif, ce qui gêné partiellement la gestion de cette recherche.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- André F. (1986) : L'enfant insuffisamment bon en thérapie familiale psychanalytique. Pul.
- Anzieu D. : Le travail psychanalytique dans les groupes : 1 : Cadre et processus, 2 : Les voies de l'élaboration. Paris, Dunod.
- Berger M. (1992) : Les troubles du développement cognitif. Toulouse, Privat.
- Bernard M. : Le Corps, Éd. universitaires, Paris, 1ère éd.1972 éd. Revue et augmentée, 1976 ; L'Expression du corps, ibid., 1976,
- Besnard M.J. (1983) : Orthoptie pratique, Doin.
- Bienfait M. (1992) : Rééducation de la statique par la thérapie manuelle, Spek, Paris.
- Brazelton T.B. (1982) : Le bébé : partenaire dans l'interaction. In : La dynamique du nourrisson.ESF.
- Brusset B. (1987) : Le lien fraternel et la psychanalyse. Psa. Univ., 12, 45, p. 5-43.
- Calza A. (1994) : Psychomotricité, Masson, Paris,
- Contant M. (1989) : L'Unité psychosomatique en psychomotricité, ibid.
- Castoriadis-Aulagnier P. (1975) : La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé. Paris, PUF.
- DE AJURIAGUERRA J. (1969) : Traité de psychiatrie infantile, Masson, Paris.
- DE AJURIAGUERRA J. & ANGELERGUES R. (janv.- mars 1962) : « de la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui », in Évolution psychiatrique, t. XXVII, fasc. I.
- Domart A., Bourneuf J., Nouveau Larousse Médical, Librairie Larousse, 17, Rue de Montparnasse, 75006, Paris ; pp. 555/556/613/877.

- Esnault M et al. (1991) : **Rééducation dans l'eau**, Masson, Paris.
- Freud S. (1969) : **Pour introduire le narcissisme**. In : La vie sexuelle (1914), Paris, PUF, pp. 81–105.
- Garel J P. (1996) : **Éducation physique et handicap moteur**, éd. NATHAN pédagogie, CNEFEI, Paris, p.13
- Guilmain E., Guilmain G. (1971) : **L'activité psychomotrice de l'enfant. Son évolution de la naissance à 12 ans**, tests d'âge moteur et tests psychomoteurs, Paris, Librairie médicale Vigné.
- Herzlich C. (1996) : **Santé et maladie analyse d'une représentation sociale**, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales" (1969)
- Kaes R. (1993) : **Le Groupe et le sujet du groupe**. Eléments pour une théorie psychanalytique du groupe. Paris, Dunod.
- Kaes R., **La Parole et le lien** - Processus associatifs dans les groupes. Paris, Dunod, 1994.
- Kübler-Ross E., **La mort, dernière étape de la croissance**. Québec, Québec-loisir, 1974.
- Lapierre A. & Aucouturier B. (1975) : **La Symbolique du mouvement**, Éd. de l'Épi, Paris,
- Le Boulch J., **Vers une science du mouvement humain**, E.S.F., Paris, 1971 ; **sport éducatif**, ibid., 1989
- Lebovici S. (1983) : **Le nourrisson, la mère et le psychanalyste**. Paris, Le centurion.
- Lenoir R. (1974) : **les exclus, un français sur dix, la classification des handicaps**, Paris, Collections Points.
- Le Camus J. (1988) : **Les origines de la motricité chez l'enfant**, P.U.F., Paris.
- Mathoulin C. & Attali E. (1993) **Rééducation de la main**, Frison-Roche, Paris,

- Mises R. (1990) : **Les pathologies limites de l'enfance**. Paris, PUF, coll. Le fil rouge.
- M'uan M. (1977) : **De l'Art à la mort**. Paris, Gallimard.
- Painter J. W. (1992) : **Travail psycho-corporel en profondeur**, Maloine, Paris.
- Piaget J. (1964), **Six études de psychologie**, Gonthier, Paris.
- Picq L. & Vayer P. (1965): **Éducation psychomotrice et arriération mentale**, Doin, Paris.
- Privat P. (1988) : **Les psychothérapies de groupes d'enfants au regard de la psychanalyse**. Clancier-Guenaud, coll. Psychopec,
- Racamier P.-C. (1980) : **Les schizophrènes**. Paris, Petite bibliothèque Payot.
- Racamier P.-C. (1989) : **Antœdipe et ses destins**. Apsygee éditions.
- Romain S. (1967) : **Conduite de soi et progrès humain**, Paris, 1969. *Compte rendu de l'expérience d'Angers*.
- Sivadon P. & Gantheret F. (1965) : **La rééducation corporelle des fonctions mentales**, E.S.F., Paris.
- Stern D. (1989) : **Le monde interpersonnel du nourrisson**. Paris, PUF.
- Thévenon A. & Pollez B. (1993) : **Rééducation gériatrique**, Masson.
- Tosquelles F. (1991) : **La rééducation des débiles mentaux** : *introduction à l'aide maternelle et à l'éducation thérapeutique*, Privat, Toulouse.
- Tustin F. (1977) : **Autisme et psychose de l'enfant**. Paris, Le Seuil.
- Tustin F. (1992) : **Vues nouvelles sur l'autisme psychogénétique**. Editions Audit.
- Vigarello G. (1981) : **Le corps redressé**, Paris, Éd. Universitaires.
- Wallon H. (1942) : **De l'acte à la pensée**, P.U.F, rééd. 1970 ; (1945) : **Les origines du caractère chez l'enfant**, ibid., Paris, rééd. 1962

* **Éducation physique et sport**, dep. 1950

* **La psychomotricité**, dep. Nov. 1977

* **Thérapie psychomotrice**, dep. Nov. 1970

* **Entretiens de psychomotricité**, annuel, Expansion scientifique française, dep. 1991

-Winnicott D.W. (1969) : **De la pédiatrie à la psychanalyse**, Paris, Payot.

-Winnicott D.W. (1975) : **Jeu et réalité, l'espace potentiel**. Paris, Gallimard.

REVUES

-**Bulletin de psychologie**, N° 310 Tome XXVII, Université de Paris, 1973 – 74.

-Cahn R., **Défaut d'intégration primaire et inhibition des apprentissages instrumentaux et cognitifs**. Revue française de psychanalyse, 1972.

-Champonnois C., **Groupe d'Aide Mutuelle, Groupe thérapeutique**. Sémaphores, 1989, n° 13-14.

-Champonnois C., **Traces et traductions**. Sémaphores, 1990, n° 15-16.

-Champonnois C., **Groupes d'implications de professionnels en institution ouverte**. Sémaphores, 1992, n° 18-19.

-Ferrari P., **La fratrie de l'enfant handicapé – Approche clinique**. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1988, 36 (1).

-GARELLI Marita, LEPAGE Anne MISTELI et Elisabeth, in Bulletin de Psychologie, **La psychologie et l'enfance physiquement handicapée**, Présenté par H. HERREN, n° XXVII 310, Groupe d'études de psychologie de l'Université de Paris, 1973-1974.

-Gibello B., **Dysharmonie cognitive**. Revue de neuropsychiatrie infantile, 1976.

-Haag G., **Prévenir les surhandicaps psychiques des handicaps, entre le déficit et le moi corporel**. Revue de l'ANECAMPS, 1995.

- Haag G., La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1985, 33 (2-3).
- Haag G., L'expérience sensorielle fondement de l'affect et de la pensée. L'expérience sensorielle de l'enfance. Arles, Cahiers du COR, 1992.
- JOURNEES DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉÉDUCATION, *Rééducation*, annuel, Expansion scientifique française, 1993
- Lacert Ph., Athétose, Encycl. Méd. Chir., Paris, Neurologie, 17010D10, 6-1982.
- Lacert Ph., Les Infirmes moteurs cérébraux, in Revue « Réadaptation », ONISEP, n°408, Paris.
- Marty P., La dépression essentielle. Revue française de psychanalyse, 1968, 32, B.
- Le dossier clinique de l'infirmité motrice cérébrale. Méthodes d'évaluation et applications thérapeutiques, In *Revue de Neurologie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance*, Paris, 1968, 16, n° 1-2.
- Van Der Beren B., La rééducation du corps à domicile. Sémaphores, 1989, n° 13-14.
- Tardieu, L'enfant infirme moteur cérébral, in Vie et Bonté, n° 110 de mai 1960.
- Verdier-Gibello M.-L., Entre vide et violence, l'âge et le pensé dans le cadre pédagogique. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1985, 33, n° 8-9.
- Verdier-Gibello M.-L., De l'objet fluctuant à l'objet logique : une approche pédagogique et thérapeutique des retards d'organisation du raisonnement. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1985.

THESE

- Rehm M. F., Expression plastique, méthode d'investigation et méthode thérapeutique, thèse, Paris, 1969

RÉSUMÉ

Le travail mené auprès des enfants hémiplésiques et infirmes moteurs cérébraux est plus qu'intéressant. Il a permis de situer les vrais problèmes vécus par ces derniers et nous a illuminés sur l'efficacité de différentes approches lors de la rééducation (enfants hémiplésiques) et la prise en charge psychologique (enfants I.M.C).

Le praticien en psychologie clinique doit impérativement fixer des niveaux pour son intervention et tenir compte de la singularité des sujets durant la prise en charge. Son évaluation est importante dans la diversité des disciplines et la complémentarité au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Toute méthode d'approche psychologique dans le domaine du handicap (déficience ou infirmité motrice) ne peut être fiable que si le praticien tient compte de la globalité et du dynamisme de la personne approchée. Il s'agit de l'aider à s'intégrer dans la société en dépassant ses difficultés.

ملخص

يعتبر العمل الذي أجريناه مع الأطفال المشلولين جسدياً (إعاقة نصف الجسم) ذا أهمية كبيرة. لقد سمح بتحديد المشاكل الحقيقية المعاشة من قبلهم ، كما أنارنا أيضاً على جدوى مختلف المقاربات أثناء إعادة التدريب للأطفال المشلولين نصفياً جسدياً و التكفل النفسي بالأطفال المعاقين حركياً مخياً. يتعين على الممارس في علم النفس العيادي أن يحدد مستويات تدخله و مراعاة خصوصيات المفحوصين خلال التكفل، و لتقويمه أهمية كبيرة ضمن تشعب الميادين و التكامل داخل الفرقة المتعددة للاختصاصات.

كما لا يمكن لأي منهج مقارنة نفسية أن يكون صائباً في ميدان الإعاقة (عجز أو إعاقة حركية) إلا إذا اعتبر الممارس الأخصائي شمولية و ديناميكية المفحوص المعالج و ينحصر الهدف في مساعدة المعالج على إدماجه متخطياً صعوباته.

ABSTRACT

The importance of this research work lies in its forms an disabled hemiplegic children suffering from cerebral motor deficiency. The study allowed us to identify the real problems and shed light an the deficiency of different approaches during readaptation and psychological treatments.

The practitioner in clinical psychology must determine levels of this intervention and take into account the individual features of the subjects during the treatment. His evaluation is important in the diversity of the descriptive and then complementary within a pluridisciplinary team. No method of psychological approach to the field of deficiency can be reliable unless the practitioner takes into account the comprehensive dynamic features of the patient. All that is needed is to help the patient integrate into society by overcoming his difficulties.