

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA BEJAIE
FACULTES DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : psychologie de développement et handicap

Thème

**Les difficultés d'apprentissage
scolaires chez les adolescents IMC**

Étude de 10 cas âgés de 15 à 18 ans

**Réalisée au sein de deux centres psychopédagogiques de
Bejaia**

Étude de 10 cas âgés de 15 à 18ans

Réalise au sein de deux centres psychopédagogiques

De Bejaia

Réalisé par :

BALDÉ Muhamado

Encadré par :

Dr. BAA saliha

Année – universitaire

2016-2017

Introduction générale01

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre I : La lecture et les difficultés de son apprentissage

Préambule2

 I.1 La lecture2

 I.1.1 Définitions.....2

 I.2 Les premiers travaux sur les difficultés de la lecture.....3

 I.3 Apprentissage de la lecture4

 I.3.1 Aptitudes requises pour l'apprentissage.....4

 I.3.2 Conditions préalables à l'apprentissage de la lecture.....5

 I.4 Les méthodes de la lecture.....6

 I.4.1 La méthode synthétique.....6

 I.4.2 Méthode globale7

 I.4.3 La méthode mixte.....8

 I.4.4 La méthode phonétique et gestuelle.....8

 I.4.5 Analyse des méthodes d'apprentissage sous l'angle psychologique.....9

 I.5 Les stades d'acquisition de la lecture10

 I.6 Difficultés d'apprentissage de la lecture12

Conclusion12

Chapitre II : infirmité motrice cérébrale (imc)

 II.1 les définitions15

 II.1.1 L'infirmité motrice cérébrale (IMC)15

 II.2 Les facteurs étiologiques.....16

 II.2.1 La prématurité16

 II.2.2 les causes néonatales17

 II.2.3 les causes anténatales17

 II.2.4 Les causes postnatales17

 II.3 La sémiologie de l'infirmité motrice cérébrale17

 II.4 Les profils symptomatiques19

sommaire

II.4.1 La spasticité	19
II.4.2 La dyskinésie	20
II.4.3 L'ataxie	20
II.4.4 Les troubles des fonctions supérieures	21
II.4.5 Les troubles praxiques	21
II.4.6 Les troubles gnosisques	22
II.4.7 Les autres troubles	23
II.7 La prise en charge IMC.....	23
II.7.1 Le kinési thérapeutique.....	24
II.7.2	
L'ergothérapie.....	24
II.7.3 L'orthophonie.....	24
II.7.4 Le rôle psychologie.....	25
II.7.5 La prise en charge sociale (sociologique)	
.....	25
Conclusion.....	26
chapitre III : la latéralité et le schéma corporel.....	27
III. Latéralité.....	27
III.1.1 Définitions.....	27
III.1.2 Définition psychologique de la latéralité.....	27
III.2 La base anatomophysiologique de la latéralité.....	28
III.3 La domination de l'hémisphère gauche pour langage.....	29
III. définition.....	31
III.1.1 schéma corporel.....	31
III.2 La Différence entre le schéma corporel et l'image du corps.....	32
III.3 Les étapes de l'acquisition du schéma corporel.....	32
III.4 La construction du schéma corporel.....	34
III.5 Les troubles du schéma corporel.....	35
III.6 Classification des troubles de schéma corporel.....	36
III.7 Approche théorique du schéma corporel.....	36
III.8 Analyse des comportements au niveau de l'utilisation du corps propre.....	36
III.9 Le schéma corporel et la latéralité.....	37
III.10 Les mécanisme qui en découlent sont les suivants.....	39

sommaire

Conclusion.....	39
La problématique et les hypothèses.....	40
Chapitre IV : cadre méthodologique de la recherche.....	43
IV.1 La Pré-enquête	43
IV.2 La démarche utilisée	44
IV.3 la population d'étude et ses caractéristiques.....	44
IV. 4 présentation et les technique utilisées.....	45
IV. 5 l'entretien clinique	45
IV.6 Questionnaire de d'Edinburgh.....	47
IV. 7 les épreuves du schéma corporel et les tests de la latéralité	47
IV.8 Test de Head 3.....	48
Conclusion.....	49
Chapitre V : Présentation et analyse des résultats discussions des hypothèses.....	50
V.1 Présentation et analyse des résultats.....	50
V.1.1 Compte rendu des entretiens avec les enseignants.....	50
V.2 Présentation des cas.....	51
V.1.2.1 cas de Walid.....	52
V.1.2.2 cas de Nabil.....	53
V.1.2.3 cas d'Omar.....	54
V.1.2.4 cas de lolo.....	55
V.1.2.5 cas de Tarik.....	57
V.1.2.6 cas de Toufik.....	58
V.1.2.7 cas de Sofiane.....	59

sommaire

V.1.2.8 cas de kousseila.....	60
V.1.2.9 cas de Lounis.....	61
V.1.2.10 cas de Sophie.....	63
Discutions des hypothèses	64
Conclusion générale	65
La liste bibliographique	



Introduction

Introduction générale

L'école se trouve confrontée à l'enjeu majeur de réduire le nombre d'élèves en difficultés.

Dans ce chapitre, nous avons essayé de mettre l'accent sur les difficultés d'apprentissage de la lecture chez les adolescents IMC scolarisés, âgés entre 15 à 18 ans. La scolarisation d'un enfant atteint de l'IMC, se réalise en le faisant entrer dans un ensemble plus vaste, c'est-à-dire de lui permettre d'entrer dans un sorte de pot social. Dans un milieu plus vaste. Un milieu plus vaste que celui dans lequel il se trouve auparavant, avec comme objectif d'offrir la possibilité d'évoluer.

L'apprentissage de la lecture étant une tâche cognitive complexe, dont l'objet est l'acquisition et la maîtrise d'un objet définit culturellement, il n'est pas étonnant que cet apprentissage puisse être entravé par de nombreux facteurs différents.

Notre problématique se pose sur les facteurs d'apprentissage de la lecture chez les adolescents IMC.

Pour atteindre notre but, la vérification des difficultés de la lecture a été réalisé par des épreuves de la latéralité et du schéma corporel puis ont été appliquées afin d'examiner d'éventuels problèmes d'acquisition des derniers.

Notre travail se devise en deux parties, une partie théorique qui englobe les deux chapitre, dont la premier est consacré à la lecture et les difficultés de son apprentissage, le deuxième, l'infirmité motrice cérébrale « la latéralité et le schéma corporel, et ensuite on présente le cadre général de la problématique et les hypothèses de notre étude.

Enfin la partie pratique réservée aux deux derniers chapitres, le troisième aborde la méthodologie de recherche, puis, le quatrième chapitre est consacré à la présentation, l'analyse et la discussions des résultats obtenus.



**Chapitre I : La lecture et les
difficultés de son
apprentissage**

Au début de l'apprentissage, chaque enfant doit comprendre l'intérêt de la lecture et ce qui donne un projet et un objectif.

L'apprentissage de la lecture passe par le décodage et l'identification des mots et par l'acquisition progressive des démarches, des compétences et des connaissances nécessaires à la compréhension. Le but de la lecture est d'accéder au sens précis des mots, puis des phrases, puis des textes.

I.1 La lecture

I.1.1 Définitions

La lecture c'est l'action par laquelle on prend connaissance d'un texte écrit. Apprendre à lire, c'est-à-dire comprendre la signification des signes codifiés par les sociétés et c'est ce qui constitue le but premier de l'école. Cette acquisition accélère le processus de socialisation et engage par le langage oral. Il existe certaines conditions intellectuelles et sensori-motrices : niveau mental d'au moins six ans ; pas de troubles de latéralisation, bonne orientation temporelle (rythme). (Sillamy N., 2003, p.157).

Il s'agit aussi de l'ensemble des activités perceptives, linguistiques et cognitives permettant aux hommes de décoder, de comprendre et d'interpréter des séquences de symboles graphiques en relation avec une langue donnée. (Bloch H., et al., 2002, p.526).

Selon **Juhel, J-CH.**, lire c'est comprendre la signification des symboles codifiés (mots) par la société à laquelle on appartient. C'est pouvoir établir la correspondance entre les signes écrits et des sons.

Selon cet auteur, la lecture est la transformation d'éléments écrits (graphèmes) en éléments sonores (phonèmes). C'est pouvoir traduire un code graphique en un code phonétique (la parole). Ce décodage permet de comprendre le sens des mots et de la phrase. Donc lire c'est décoder un message écrit pour le comprendre.

Il ajoute que l'acte de lecture est très complexe. Il met en fonction tout un réseau d'activités cérébrales, chacune relevant de centres nerveux bien spécifiques. Ainsi la qualité de l'acte de la lecture relève non seulement du bon fonctionnement de chacun des ces centres nerveux, mais aussi de la qualité de la communication qui s'instaure entre les

uns et les autres. Il faut aussi prendre en considération que toute cette activité cérébrale subit l'influence des émotions, de l'état physique et psychologique du lecteur. (**juhel, J-H., 1989, P.25**).

Certains facteurs peuvent contribuer à rendre la lecture difficile à un enfant. Ces facteurs sont de trois ordres :

- 1- Psychologiques** : équilibre émotif de la personnalité, de l'environnement (l'influence familiale, l'organisation scolaire, les conditions socioculturelles) ;
- 2- Intellectuels** : faible potentiel intellectuel, absence de capacités d'analyse, de synthèse, d'abstraction et de généralisation (pensée symbolique). Méconnaissance des structures linguistiques (étendue du vocabulaire) ;
- 3- Physiologique** : dommage cérébraux, neurologiques et endocriniens ; troubles perceptifs, linguistiques et intellectuels. (**ibid., p.25**)

I.2 Les premiers travaux sur les difficultés de la lecture

Une première brèche fut réalisée par un dossier dans la revue Québec Français en 1980, «des orthopédagogues s'interrogent» qui se traduit par la remise en cause des fameux pré-requis à la lecture et le constat d'échec des méthodes de rééducation à tendance orthophonique.

Une deuxième brèche fut celle commise par le livre de Fijalkow, «de mauvais lecteurs pourquoi ?». Une étude magistrale à partir de trois cents travaux de recherche Nord-Américains et Européens qui montraient que les différentes écoles de pensée, neurologique, instrumentale, affective, socioculturelle, reposaient leur argumentation sur des travaux hautement critiquables aux plans scientifique et méthodologique. Ces rappels sont importants car un retour aux thèses neurologiques est observable (**Chiland 1988 ; Fijalkow 1986 ; Galaburda 1988**)

En ce qui concerne les difficultés de lecture, on observe des travaux de chercheurs qui s'appuient sur une analyse de difficultés de lecture où les mauvais lecteurs sont ceux qui utilisent pas trop le contexte et éprouvent des difficultés de conscience phonologique. (**Lecoq, 1988 ; Morais et Alegria, 1987 ; Morais, 1993 ; Rieben, 1998 ; Sprenger Charolles, 1986-1989 ; Siegel et Ryan, 1984**). Et un autre groupe qui réfléchit sur les

conditions, les processus et les stratégies requis dans l'acte de lire et son apprentissage. **(Giasson 1990-1993, Martinez 1993-1994,1998 ; Tardif 1994, Romainville 1993 ; Van Grunderbeeck 1994)**

Les études menées par Giasson et Martinez montrent que nous sommes inconsciemment dépendants de la manière dont nous avons appris à lire, les travaux de Barr (1975) aux États-Unis montrent qu'une imprégnation cognitive, s'opère dès la première année qu'on détermine notre profil de lecteur. En d'autres termes, le lecteur débutant peut repérer à satiété la stratégie qu'on lui a enseignée de façon répétitive en démarrage d'apprentissage. **(Martinez, J-P., P.02 url : www.er.uqam.ca/nobel/lire/difficultelec.pdf).**

I.3 Apprentissage de la lecture de la lecture

L'apprentissage de la lecture est l'ensemble des opérations qu'effectue un enfant pour entrer dans l'écrit. **(Champy, PH., et, Eleve, CH., 2002, p.632).**

C'est l'acquisition des activités constitutives de la lecture, entant que cette acquisition renvoie aux conditions dans lesquelles une société donne place l'enfant, a partir d'un certaine âge, pour lui inculper le code que représente l'écriture et lui permettre ainsi d'accéder aux sens des textes.

Contrairement à l'acquisition de la langue qui s'effectue naturellement et spontanément, l'apprentissage de la lecture exige une instruction qui en principe doit tirer parti au mieux des connaissances dont un enfant dispose sur sa langue.

En effet, lorsque l'enfant apprend sa langue, ceci ne lui pose aucun problème, il s'agit d'une acquisition qui s'effectue aisément pourvue que l'enfant soit confronte, en situation, a des échantillons de la langue (les données primaires qu'il doit assimiler).

En revanche, l'apprentissage de la lecture pose beaucoup de problèmes aux enfants de cette acquisition, comme le précise Gough et Hillinger (1980) constitue une activité antinaturelle et exige une instruction appropriée. (Bloch, H., et, Al., op. cit., p.526)

I.3.1 Aptitudes requises pour l'apprentissage

Certains préalables sont particulièrement nécessairement pour rendre l'apprentissage le plus adéquat possible. L'enfant doit percevoir des formes, des

grandeurs, des nombres. Il doit percevoir l'ordre des éléments. Il doit associer les formes à des sons, ce qui implique :

- Une bonne organisation spatio-temporelle ;
- L'acceptation d'un ordre d'écoulement de la gauche vers la droite (pour le cas du français) ;
- L'acceptation d'une correspondance entre l'espace et le temps : gauche-avant ; droit-après ;
- Une bonne perception auditive et visuelle ;
- Une rapidité d'analyse et de décision ;
- Une faculté de mémorisation et d'évocation immédiate ;
- Une faculté de symbolisation ;
- Une attitude de détente et de motivation au travail scolaire qui fait que l'élève est disponible et réceptif ;
- Une maîtrise de la latéralité ;
- Une bonne motricité fine ;
- Une maîtrise de la quantité afin de pouvoir l'associer au symbole correspondant ;
- Une connaissance des notions d'ajouter, d'enlever, de multiplier, de diviser ;
- Une faculté de raisonnement et de réversibilité de la pensée ;

Une possibilité de représentation mentale.

Nous constatons que les aptitudes requises pour les différentes acquisitions correspondent généralement aux déficits constatés chez les enfants ayant des difficultés d'apprentissage.

(Juhel, J-CH., p.23).

I.3.2 Conditions préalables à l'apprentissage de la lecture

L'apprentissage de la lecture n'est possible que si l'enfant répond à certaines conditions :

- 1) Comprendre la notion de symbolisme, c'est-à-dire qu'il est capable d'utiliser un signe pour désigner un objet, une situation, une personne ou un message ;

- 2) Comprendre le sens de l'unicité des symboles. Un exemple : au début de son apprentissage, le jeune enfant utilisera le mot «orange» à toutes les causes. Tout ce qui est rond ou de couleur orangée sera pour lui une orange. Cela veut dire qu'à ce stade le jeune enfant n'a pas encore compris l'unicité des symboles. Ce n'est que petit à petit qu'il prendra connaissance de ce qu'un symbole ;
- 3) A une maturation visuelle et auditive suffisante ;
- 4) A des habiletés langagières minimales, par exemple : pouvoir exprimer ses désirs ;
- 5) Comprendre le sens des questions, par exemple : pouvoir répondre aux questions : «comment ? qui ? quand ? pourquoi ? quoi ? où ? ;
- 6) Peut organiser sa pensée, raisonner, juger et classer ;
- 7) A une certaine motivation à apprendre à lire. (**Juhel, J-CH., 1989, p.26-27**).

I.4 Les méthodes de la lecture

Plusieurs méthodes très différentes sont utilisées dans les écoles ; les plus connues sont la méthode synthétique, la méthode globale, la méthode mixte et la méthode phonétique et gestuelle. Voici, dans leurs grandes lignes, chacune d'elles :

I.4.1 La méthode synthétique

Cette méthode est aussi appelée syllabique. Elle fait appel à la mémoire, utilise la «lettre» comme point de départ de l'apprentissage et exige que l'élève reconstruise le tout (syllabe, mot ou phrase) à partir des éléments (lettres). L'élève est immédiatement placé devant les signes de l'alphabet et il apprend à reconnaître visuellement et à traduire en sons. Il procède ensuite à des associations signes et sons :

P + i = pi

P + a = pa

L + o = lo

Cette associations graphique et phonétique peut être considérée comme une synthèse qui exige de la part de l'élève un double effort important de la mémoire :

Effort pour reconnaître les éléments graphiques abstraits qui entrent en combinaison et effort en vue de l'émission de sons s'y rattache. Il faudra un long travail d'association avant que le mot apparaisse à l'esprit du jeune élève. Les différentes synthèses pratiquées à partir de la consonne «p» et des différentes voyelles donneront successivement les sons «pa», «pe», «pi», «po», «pu», sons n'évoquant rien pour l'enfant. Ce n'est que lorsque l'on provoquera certaines synthèses que le but de la lecture apparaîtra.

Pa + pa = papa

pa + pe = pape

pi + pe = pipe

Les associations choisies par l'éducateur conduiront à la lecture proprement dite, à condition toutefois que les ensembles «papa», «pape», «pipe» soient émis d'un seul souffle, globalement. Ce n'est que lorsque ce stade est atteint que l'élève réalise que le travail aride jusqu'alors fourni n'a pas été vain puisqu'il permet de mettre à sa disposition un nouveau moyen d'expression. (Juhel, J-CH., 1989, p.28)

I.4.2 la Méthode globale

La méthode globale est aussi appelée analytique. Le processus d'apprentissage apparaît tout à fait différent, voire oppose à la méthode synthétique. Dès les premières leçons, l'élève est émis en présence d'un certain nombre de mots simples qu'il apprend à reconnaître globalement, selon leur allure générale : longueur du mot, nombre et disposition des lettres. Chaque mot présente devient vite familier ; un sens est accroché au graphisme et une nouvelle forme d'expression apparaît à l'élève dès les premières leçons.

Un capital-mot se constitue (maman, poupée, est, rouge, la, une), mots entrant dans la constitution de phrases évocatrices et permettant de plus en plus riches et variées. Quand le capital-mot est devenu suffisamment important, des comparaisons s'imposent à

l'esprit de l'élève. Il procède à ce stade, de façon spontanée, à des rapprochements : la syllabe «pan» de «panpan» se retrouve dans «pantin», la syllabe «ma» de «maman» est reconnue visuellement, puis phonétiquement ; dans «mare», tout comme le «mi» apparaît dans «minute».

Un travail naturel d'analyse s'opère à partir duquel des associations de syllabes conduiront à l'obtention des mots nouveaux. A condition de faire preuve de patience et cette méthode allie les avantages des deux précédentes et vise à susciter et à conserver l'intérêt de l'enfant en dirigeant son attention sur les éléments d'un tout significatif. **(Juhel, J-CH., 1989)**

I.4.3 La méthode mixte

Certains Educateurs, tout en reconnaissant l'intérêt de la méthode purement globale, hésitent à faire entièrement confiance à la spontanéité enfantine, notamment au stade de la construction du capital-mots. Ils préfèrent à partir d'un nombre très réduit d'acquisitions globales et provoquer, à partir de celle-ci, un travail d'analyse qui dégage la syllabe, puis la lettre et qui sera suivi immédiatement d'un travail de synthèse. C'est ainsi que la phrase : « papa fume la pipe » permet de rapprocher les mots « papa » et « pipe », puis d'isoler le son « p ». Le « p » obtenu est ensuite associé aux différentes voyelles : p + a = pa ; p + e = pe ; p + i = pi, enfin de composer des syllabes qui pourront elles mêmes être groupées pour obtenir des mots nouveaux. Exemple : pa + pe = pape ; pi + le = pile.

Cette méthode allie les avantages des deux précédentes et vise à susciter et à conserver l'intérêt de l'enfant en dirigeant son attention sur les éléments d'un tout significatif. **(Juhel, J-CH., 1989)**.

I.4.4 La méthode phonétique et gestuelle

Est une méthode qu'on utilise plus souvent pour des enfants qui présentent des difficultés d'apprentissage. Dès le départ, l'élève apprend les voyelles, en dehors de tout contexte de phrase ; elles sont symbolisées par un geste qui lui donne toute leur signification, leur attrait (intérêt). L'élève étudie ensuite les consonnes dont le son dur : «ch, s» parce qu'elles sont faciles à prononcer, puis les occlusives «t, d» les diphtongues et les consonnes doubles. Jamais il ne nomme les lettres : seul le phonème (le son) est prononcé.

Certains gestes évoquent le son et décrivent la forme de la lettre. Ainsi pour le «N», deux doigts représentant les deux barres verticales de cette lettre sont appuyés sur la base du nez, résonateur principal de ce son nasal. L'éducateur implique : «N à deux pattes ; il chante dans ton nez». Pour le son 'ch», l'élève serre des deux doigts avec une main, ce qui évite de prononcer «s».

Ces gestes sont vite assimilés : ils forcent à écouter chaque son d'un mot, à connaître ses incidences sur le corps, à retenir la forme qui lui correspond. L'éducateur parle très peu. Il montre les mouvements à l'élève et l'aide à les réaliser. Il lui fait mimer et tracer en rythme, les lettres dans l'espace.

On reproche parfois à cette méthode de nécessiter un apprentissage supplémentaire et inutile : celui de mouvement. En fait, la plupart des élèves ont une mémoire motrice qui soutient beaucoup la mémoire visuelle et auditive. L'on remarque que le geste disparaît de lui-même dès que l'élève n'en ressent plus le besoin pour l'élève hyperactif dont le rythme de vie est perturbé, ces gestes ont l'avantage de canaliser son énergie de capter son attention. Cette méthode favorise aussi une prise de conscience du schéma corporel, de l'environnement spatial et du rythme. (Juhel, C-CH., 1989, p.32-36).

I.4.5 Analyse des méthodes d'apprentissage sous l'angle psychologique A quelque décennies de distance et avec le progrès de la recherche en psychologie cognitive, on peut estimer que les analyses faites il y a environ demi-siècle sont relativement naïves, simples pour ne pas dire simplistes. Elles étaient d'une analyse scientifique rigoureuse, malgré l'effort des auteurs pour la recherche d'une certaine objectivité.

A cette époque on mettait l'accent sur les conditions psychologiques nécessaires à l'apprentissage de la lecture et en particulier sur les niveaux suffisants de structure du temps et de l'espace.

Puis est venu le courant dont Jean Foucambert est le plus typique représentant : c'est l'irruption de la recherche du sens qui doit être au centre de l'apprentissage de la lecture. Dès 1976 l'auteur affirme : « l'écriture est le langage de l'œil ... or, lire, c'est communiquer par le regard » et l'enfant ne doit pas être contraint de transformer l'écrit en oral, comme si toute communication passait par l'écoute. L'essentiel de la lecture c'est la recherche de sens de texte. (Mialaret, G., 2006, p. 88-91).

I.5 Les stades d'acquisition de la lecture

La théorie du développement de la lecture la plus communément admise par les chercheurs, est celle de Frith (1985-1986), qui décrit trois phases ou stades dans l'acquisition de la lecture et de l'orthographe. (Lehalle, H., et Mellier, D., 2005, p.172).

- Stade des indices perceptifs

Au début de son évolution, l'enfant s'appuierait sur des indices perceptifs saillants pour reconnaître le mot et donc pour les prononcer ; mais il n'y aurait pas de déchiffrage véritable fondé sur l'écriture alphabétique. (*ibid.*, p. 172), donc, c'est une phase de pré-lecture, qui permet à l'enfant de reconnaître un nombre limité de mots (jusqu'à une centaine) qu'il a en quelque sorte « photographiques » et qu'il identifie à partir de quelques indices visuels. Cette phase est appelée « logographique » car l'enfant a une approche très globale et très approximative de mots dont il ne connaît pas les unités (lettres et syllabes). (Plaza, M., 1999, p.33).

- La phase de correspondance graphèmes et phonèmes

La phase suivante consiste pour l'enfant à apprendre les correspondances entre les lettres ou groupes de lettres « graphèmes » et les sons « phonèmes », à identifier et associer consonnes et voyelles, à séparer et lier les syllabes. Cette deuxième phase, qui est appelée « alphabétique », est très importante dans le cadre des langues alphabétiques comme le français car elle donne à l'enfant la possibilité de découvrir le code qui lui permettra de déchiffrer, et de transcrire la plupart des mots de la langue.

- Stade orthographique

Enfin, la dernière phase (orthographique) manifesterait chez les enfants la possibilité d'une analyse orthographique de mots. La lecture est alors effectuée directement en modalité visuelle sans passer obligatoirement par la conversion phonologique. Cette phase orthographique autorise par conséquent un découpage fondé sur les morphèmes. (Lehalle, H., et Mellier, D., *op. cit.*p. 172). Elle permet à l'enfant d'identifier de stocker et de transcrire les mots sous la forme stable d'unités orthographiques. (Plaza, M., p. 33).

Les travaux neuropsychologique concernant l'acquisition de la lecture et de l'orthographe ont montre d'une manière tout à fait convergente avec cette théorie développementale, que nous utilisons deux voies pour lire et transcrire de mots :

Les voies de la lecture

La première voie (la voie d'assemblage phonologique) consiste à identifie les correspondances entre les lettres et les sons, à segmenter les mots en petites unîtes à les assembler. Cette voie ou stratégie de lecture, est appelée l'assemblage. Pour la tester chez des enfants ou chez des adultes (qui ont perdu la compétence en lecture après des lésions ou des accidents affectant le cerveau) on leur fait lire des mots qui n'existent pas et qu'ils n'ont pu donc stocker en mémoire (on les appelle des logatomes). On ne peut lire ces mots sans utiliser les correspondances lettres/sons et utiliser la voie de l'assemblage.

La deuxième voie (la voie d'adressage lexicale) consiste à identifier le mot comme une forme précise et attable, sans passer par l'assemblage. Cette vie est appelé l'adressage, car l'on s'adresse en quelque sorte directement au mot stocke dans le lexique orthographique. Pour la tester, on présent à l'enfant ou à l'adulte des mots irréguliers qui échappent à la correspondance entre les lettres et les sons («femme» se lit «famé», «oignon» se lit «ognon»). Les enfants et adultes qui passent par la voie de l'assemblage lisent ces mots sans les reconnaître, comme s'il s'agissait de mots n'existant pas.

Lorsque la phase alphabétique et la voie de l'assemblage ne sont pas maitrisées l'enfant ne parvient pas à automatiser les règles de fonctionnement du code alphabétique et du même coup, il accède avec difficulté à la phase orthographique et à la voie de l'adressage.

La plupart du temps, il essaie de deviner le mot à partir de quelques indices qu'il a constitues et il accède au sens des phrases en s'appuyant sur ce décodage partiel. Lorsqu'il écart des mots soit il tente de se souvenir des formes qu'il a en mémoire, soit il cherche à transcrire phonétiquement ce qu'il entend. Ses écrits sont peu intelligibles. De ce fait lorsque l'enfant déchiffre des mots il tente de faire correspondre lettres et sons, à associer consonnes et voyelles, mais comme il maitrise mal le code de référence, il fait des erreurs. (Valdois, S., 2010, p.90-92)

I.6 Difficultés d'apprentissage de la lecture

Les difficultés d'apprentissage selon R. Legendre c'est le retard de l'acquisition dans l'une ou l'autre des matières scolaires ou dans leur ensemble. Lorsqu'un enfant élève présente de faibles performances scolaires, malgré un potentiel intellectuel normal, on le considère en difficulté d'apprentissage. Un élève peut connaître des difficultés d'apprentissage pour une matière scolaire tout en réussissant dans les autres ou connaître des retards d'acquisition pour l'ensemble des matières scolaires. (Martinez, j-p., p.23. op.cit, www.er.uqam.ca/nobel/lire/nostextes/difficullect.pdf).

Un grand nombre de difficultés d'apprentissage de la lecture sont en rapport avec des malfaçons scolaires liées à : la valorisation de la rapidité, la surcharge des classes, les changements de maître sur un plan très général comme le disent Stambak M., et ses collaborateurs il s'agit à la fois de développer les capacités de l'enfant et de l'amener à éprouver le besoin des instruments de notre culture à valoriser les activités l'amener à éprouver le besoin des instruments de notre culture, à valoriser les activités qui s'y rattache.

D'une manière plus spécifique, il s'agit de préparer l'enfant à l'apprentissage de la langue écrite ; susciter le désir de lire ne suffit pas, il convient de procéder à une préparation linguistique (passage au langage du récit puis au langage de l'écrit ; corrections de retards et troubles du langage oral ; préparation à l'individualisation des éléments qui constituent la langue). Une expérience capitale est de respecter les formes de raisonnement dont l'enfant est capable et de mobiliser au service de l'apprentissage. (Ajuriaguerra, De j., p.363-364).

Selon Valdois, S, les difficultés d'apprentissage de la lecture peuvent avoir des origines multiples et revêtir des formes très différentes. (Valdois S., 2003, Url : www.cndp.fr/bienlire/01-actualite/document/valdois.pdf).

Les origines des difficultés de la lecture

Origine environnementale

Pour les sources possibles de difficultés d'apprentissage de la lecture, on peut retenir une origine environnementale : les enfants de milieu socioculturel défavorisé

risquent davantage de prendre du retard dans l'apprentissage de la lecture que les enfants de milieux plus favorisés. Les raisons profondes de ces difficultés d'apprentissage sont certainement multiples combinant des aspects affectifs et motivationnels ainsi que des dimensions langagières. Ce dernier aspect semble cependant déterminant : ces enfants présentent souvent un niveau de vocabulaire limité et une syntaxe pauvre. Ils sont peu familiers avec les livres et ont rarement bénéficié de l'oralisation de textes écrits (lecture d'histoires par les parents).

Leur compréhension des textes écrits, même oralisés reste superficielle dans la mesure où ils ont du mal à faire des inférences traiter les anaphores ou les constructions syntaxiques complexes. Il est important de noter que les difficultés de ces enfants mauvais lecteurs ne sont pas à mettre sur le compte d'un trouble cognitif. Ils sont a priori capables d'apprendre comme n'importe quel autre enfant mais ne rencontrent pas dans leur environnement les stimulations nécessaires à l'acquisition d'un niveau de langage compatible avec les exigences scolaires. L'école a un rôle important à jouer dans ce contexte en essayant notamment de réduire les inégalités avant l'entrée au CP et l'abord de la lecture. Le rôle et la responsabilité de l'école sont d'autant plus engagés que ces enfants ne bénéficient d'aucun soutien à la maison susceptible de les aider à surmonter leurs difficultés. (Valdois, S., 2003)

Origine sensorielle

Des difficultés d'apprentissage de la lecture peuvent également être secondaires à un trouble sensoriel. Un trouble sévère de sphère auditive ou visuelle est en général diagnostiqué très tôt avant l'âge de l'apprentissage de la lecture et les enfants qui en sont atteints bénéficient en général d'un enseignement spécialisé. Cependant des troubles plus légers peuvent passer inaperçus et se révéler à travers les difficultés d'apprentissage de la lecture. Un trouble auditif léger peut être responsable du faible niveau de langage oral de l'enfant de sa faible participation en classe, d'une fatigabilité ou d'épisodes d'inattention rendant mal aisé l'apprentissage de la lecture, de la même façon des troubles visuels légers (hypermétropie, astigmatisme, problème de convergence) peuvent entraîner des maux de tête lors de la lecture, une gêne visuelle et une fatigabilité entraînant des difficultés d'apprentissage. (Valdois S., 2003, Url : www.cndp.fr/bienlire/01-actualite/document/valdois.pdf).

Origine cognitive

La question de niveau intellectuel a également été souvent discutée en relation avec les difficultés d'apprentissage de la lecture. L'enfant qui dispose de capacités intellectuelles limitées rencontrera plus souvent qu'un autre des difficultés d'apprentissage qui, d'ailleurs, ne se limiteront pas à la lecture. En fait, un faible niveau intellectuel n'entraîne pas nécessairement des difficultés en lecture, en tout cas pas au niveau de l'identification des mots écrits, (dans le cas de dyslexie par exemple). (**Ibid. page web**)

Conclusion

Un bon apprentissage donne à l'enfant un instrument qui véhicule la connaissance et qu'il utilisera avec aisance ; langage oral et langage écrit deviendront complémentaires.

Un bon apprentissage du maniement du langage, de la lecture, en particulier, éviterait de nombreuses rééducations souvent nécessaires et difficiles dans l'état actuel de l'enseignement. (**Ajuriaguerra, De J., op.cit., p. 364**).

L'objectif de l'apprentissage de la lecture est bien entendu, la compréhension de tous les textes, dans n'importe quelles conditions, quelle que soit l'intention. Devenir lecteur expert, c'est devenir autonome et polyvalent en lecture.



**Chapitre II : Infirmité
motrice cérébrale (IMC)**

Les enfants qui souffrent de handicap sont les enfants différents aux yeux de leurs parents et leurs entourage, c'est le début d'un parcours difficile est bouleversant. Le type de handicap qui nous intéresse c'est l'infirmité motrice cérébrale, dans ce chapitre on va essayer de mettre accent sur des définitions clés qui vont bien cerner en quoi consistent l'IMC, les facteurs et la prise en charge.

II.1 les définitions

II.1.1 l'infirmité motrice cérébrale (IMC)

Les termes «infirmité motrice cérébrale» (IMC), est la traduction française du terme anglo-saxon «Cerebral Palsy» (PC) ou «paralysie cérébrale», terme moins répandu en France mais d'utilisation mondiale. L'IMC est le résultat de lésions cérébrales précoces survenant dans la période ante néonatal ou postnatale, c'est-à-dire de la conception jusqu'à l'âge de 2 ans environ.

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

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

Selon Françoise Marechal et Alain Croual, cette pathologie est la conséquence d'une atteinte multifocale des zones sensorielles et motrices du cerveau. Les facultés intellectuelles sont suffisamment préservées pour permettre une scolarisation. Quand l'enfant présent une déficience intellectuelle. **(Françoise M., & Alain C., 2006, p.22).**

G. Tardieu, a établi une définition en 1968, qui avait pour but de distinguer l'infirmité motrice cérébrale des encéphalopathies chronique de l'enfant avec débilité mentale plus au moins profonde, cette définition est comme suit : l'IMC désigne un état

pathologique lie à des séquelles de lésions cérébrales ante, péri, ou post-natales, non évolutives avec une prédominance de troubles moteurs spécifiques, sans déficit intellectuel majeur. (Jean-Adolph., R., 2001, p.2539).

Le terme d'infirmité motrice cérébrale (IMC) est toujours utilisé pour qualifier les troubles moteurs secondaires à une lésion fixée survenue précocement, le terme anglo-saxon de cérébral paralysis (PC) définit «un groupe de pathologie avec atteinte motrice non progressive, mais dont la sémiologie peut changer, secondaire à des anomalies du cerveau survenant dans les premiers stades de son développement». Il est moins restrictif et inclut des patients dont les troubles associés peuvent être au premier plan, la description classique de l'IMC exclut les troubles cognitifs sévères. Les troubles décrits sous l'une ou l'autre appellation peuvent être tout à fait différents en termes de pronostic fonctionnel. Aussi il est primordial d'analyser les troubles moteurs et associés des sujets. (**Charbrol B., & Haddad J, 2006, P.2**).

A partir de ces différentes définitions de la pathologie d'infirmité motrice cérébrale, on peut déduire que beaucoup d'autres s'accordent sur le fait que l'infirmité motrice cérébrale est une séquence d'une atteinte multifocale des zones sensorielles et du cerveau, ainsi que les facultés intellectuelles sont préservées dans la plus part des cas.

II.2 Les facteurs étiologiques

De nombreux facteurs étiologiques peuvent être à l'origine d'une IMC-IMOC. Les causes peuvent intervenir dès la conception, lors de la gestation, lors de la naissance, ou au cours des premiers mois de vie. (**Tabary, JC**).

II.2.1 La prématurité

La prématurité, (Naissance avant 37 semaines d'aménorrhée) concerne plus de 20% de la population des IMC. Le risque est d'autant plus grand que la naissance est précoce, c'est-à-dire que plus la période de gestation est courte, plus le risque d'avoir des troubles neurologiques est élevé. Les naissances prématurées peuvent être spontanées ou provoquées, et de différents degrés selon la durée de gestation : la prématurité simple, la grande prématurité, l'extrême prématurité, et la prématurité extrême. Chez les prématurés de moins de 26 semaines, 50% ne survivent pas ou alors leur intégrité neurologique est

extrêmement précaire. J-C TABARY fut le premier à décrire en France le «syndrome de l'IMC, ancien prématuré».

Malgré une surveillance plus stricte des grossesses, le développement des soins périnataux, de nouveaux traitements etc., le taux de naissances prématurées ne diminue pas réellement.

II.2.2 les causes néonatales

On peut également citer l'ictère du nouveau-né ou toutes les souffrances fœtales néonatales telles que l'anoxie. Il s'agit d'un manque d'oxygène au niveau du cerveau à la naissance. Plus ce manque est important, plus les lésions seront graves et étendues. Les traumatismes obstétricaux peuvent aussi causer des dommages neurologiques irréparables.

II.2.3 les causes anténatales

La maman est à même de se trouver exposée à des risques pouvant avoir des conséquences graves sur le développement du fœtus. On peut noter l'embryopathie rubéolique, la toxoplasmose c'est-à-dire la contraction par la maman d'un parasite touchant le liquide céphalorachidien, toutes les fœtopathies microbiennes (listériose, syphilis congénitale), les fœtopathies virales (SIDA, cytomégalovirus, herpès génital), ou encore l'hypertension artérielle, les anomalies du placenta ou du cordon, les intoxications médicamenteuses, les irradiations, les manœuvres abortives etc.

II.2.4 Les causes postnatales

Quant à elles, correspondent à 20% des IMOC. On peut citer des infections telles que la méningite et l'encéphalite dont les séquelles peuvent être importantes au niveau cérébral, les traumatismes crâniens de toute origine, le traitement d'une tumeur, les troubles métaboliques (hypoglycémie, hypercalcémie entraînant des convulsions), ou encore les incidents de narcose.

II.3 La sémiologie de l'infirmité motrice cérébrale

Il existe plusieurs symptômes qui indiquent que l'enfant est atteint d'une infirmité motrice cérébrale, parmi les symptômes sont :

Selon Tom Liss Auer et Graham Clary Den, l'IMC présente habituellement :

- un retard des difficultés acquisitions motrices ;
- une attitude anormale quand la marche est contrôlée ;
- Des difficultés d'alimentation avec des troubles de praxies motrices responsables d'une lenteur à la déglutition, de nausées de vomissement ;
- un retard de développement en particulier du langage et la sociabilité. **(Tom L., Graham C., 1998, P.301).**

La plus part des enfants qui développent une IMC sont reconnus comme des enfants à risque durant la période néonatale parce qu'ils présentent soit une dysmorphie, soit une encéphalopathie néonatale, soit des hypoglycémies symptomatiques, soit des anomalies.

L'existence d'une préférence manuelle chez un enfant âge <12 mois traduit souvent d'une hémiparésie. Dans l'hémiparésie, les membres supérieurs peuvent être plus atteints que les membres inférieurs et vice versa, la face est habituellement épargnée, souvent les enfants atteints se présentent entre 4 à 12 mois avec attitude de la main atteinte et flexion, pronation de l'avant-bras est une marche sur la pointe des pieds du côté atteint. Les membres peuvent être flasques et hypotonie au début, mais l'augmentation du tonus s'exprime bientôt comme le signe prédominant, dans ce cas, l'anamnèse médicale, incluent notamment l'histoire périnatale, est habituellement normale. (Christian Laterre E., 2008, p.818).

Dans l'infirmité motrice cérébrale, soulignent Lambert et Seron (1986), les symptômes sont fonctions à la fois de localisation et de l'étendue des lésions, ainsi symptômes spastiques apparaissent lors de lésion des faisceaux pyramidaux du cerveau et de la moelle épinière, les symptômes athétosiques sont la résultantes de lésions du système extrapyramidale. Parallèlement aux atteintes motrices et à leur degrés variable de gravité, ce tableau essentiel comme : des déficients dans la réception des informations, des déficits dans la réception des informations, des difficultés dans l'interprétation et l'intégration des informations, intro et proprioceptives divers particularités comportementales comme l'impulsivité, l'hyperactivité et l'irritabilité. **(Jean-Adolphe R., 2001, p.254).**

II.4 Les profils symptomatiques

Le terme d'IMC n'a ni valeur diagnostique ni valeur étiologique. Il s'agit d'un terme descriptif regroupant différentes maladies par lésions cérébrales précoces. Il est préférable de considérer l'IMC comme une «désorganisation complexe de la motricité que comme une paralysie». Qui vont dépendre de la localisation de la lésion et de son étendue : la spasticité, l'athétose, et l'ataxie. Ils ne s'excluent pas les uns des autres. (TRUSCELI D., & Moulineaux, Masson, 2008, p25).

II.4.1 La spasticité

Les troubles spastiques sont essentiellement dus à une atteinte pyramidale. Il y a une exagération du réflexe ostéotendineux résultant d'un trouble du tonus avec un accroissement de la résistance musculaire à l'étirement dont la caractéristique est de céder brusquement. C'est ce qu'on appelle un clonus. Cette hypertonie est permanente, que ce soit le jour ou la nuit.

La spasticité vient parasiter le contrôle moteur volontaire, empêche un étirement musculaire efficace, et augmente considérablement le coût énergétique du mouvement. L'enfant est incapable de détendre volontairement ses muscles, d'où la flexion permanente des membres. Chaque mouvement de détente demande un effort considérable et engendre d'importantes contractures musculaires. Le risque, à long terme, est de provoquer des déformations osseuses. Lorsque la marche est possible, elle se fait en ciseaux avec les bras en chandelier. On note souvent une atonie au niveau facial, c'est-à-dire un faciès inexpressif avec bavage et difficultés dans la motricité volontaire de la bouche et de la langue.

Ce sont des enfants raidis en permanence mais il existe une hypotonie globale notamment au niveau des muscles de la phonation et de la respiration. Ils sont très craintifs et vivent avec la peur de tomber. Ils ont besoin de beaucoup de stimulation.

En ce qui concerne le traitement de la spasticité, les thérapeutiques actuelles telles que l'utilisation de toxine botulique ou l'injection de myorelaxants peuvent être associées à la chirurgie orthopédique.

90% des enfants IMC sont atteints de spasticité. (TRUSCELI D., & Moulineaux, Masson, 2008, p.26).

II.4.2 La dyskinésie

La dyskinésie, aussi appelée hyperkinésie, concerne environ 20% des enfants IMC. Certains la considèrent comme une forme pure d'IMC.

Les troubles du tonus sont la conséquence d'une atteinte du système extrapyramidal. Il s'agit d'un trouble du contrôle postural avec des difficultés à coordonner et contrôler les mouvements volontaires.

La motricité volontaire, déjà très réduite, peut être parasitée par des mouvements involontaires rapides, imprévisibles, saccadés et exagérés. On parle alors de dyskinésie de style chorée. Ces mouvements touchent les membres inférieurs et déséquilibrent la marche quand elle existe. Ils mobilisent les membres supérieurs de façon incontrôlable, ce qui entraîne une grande dépendance.

La dyskinésie peut également être faite de mouvements lents de reptation parasitant les postures de repos et affectant surtout les extrémités des membres. On parle d'athétose.

Elle peut également être faite de postures anormales liées à une contraction musculaire intense et durable.

On parle de **dystonie**. Elle est déclenchée par des mouvements volontaires spécifiques, ce qui la rend beaucoup plus prévisible que la chorée. La rigidité des membres peut s'accompagner d'une hypotonie axiale ou d'une posture permanente en hyperextension. Les mouvements parasites augmentent au cours du mouvement volontaire et sont moindres quand ils ne sont pas programmés ou pendant le sommeil. Ils entraînent une déformation de la bouche et du visage, un faciès grimaçant, et touchent également les muscles de la phonation. La dyskinésie peut rendre le langage incompréhensible, il faut donc être prudent avant de conclure à une atteinte des fonctions cognitives dans ce type de tableau. L'émotion vient renforcer ces mouvements parasites. (TRUSCELI D., & Moulineaux, Masson, 2008).

II.4.3 L'ataxie

Elle concerne 10% des enfants IMC et résulte de lésions des voies cérébelleuses. Les formes pures sont peu fréquentes.

Il existe une instabilité des mouvements c'est-à-dire que l'action est bonne mais sa réalisation n'est pas adaptée. On note un déséquilibre du mouvement, une incoordination, des tremblements mais une conservation de la force musculaire. Chaque mouvement

nécessite un rétablissement de la situation ce qui crée des incoordinations. Le tonus est plutôt globalement hypotonique.

La station debout est titubante et la marche est instable. Les chutes sont fréquentes avec absence du réflexe d'amortissement. Les mouvements fins tels que l'écriture sont difficiles.

La mauvaise coordination des muscles de la phonation entraîne souvent une dysarthrie de type tonico-clonique (impression d'un accent allemand). (TRUSCELI D., & Moulineaux, Masson, 2008)

II.4.4 Les troubles des fonctions supérieures

En raison du caractère diffus des lésions cérébrales, il est exceptionnel de constater un trouble moteur isolé. Des troubles associés entrent en ligne de compte et varient en fonction de la localisation, de l'étendue et de la gravité des lésions. En effet, l'IMC est souvent associée à des déficits cognitifs et sensoriels. A mesure que l'enfant grandit, ces troubles arrivent au premier plan, d'où l'importance de les repérer le plus tôt possible pour tenter d'y remédier.

Nous nous contenterons de citer ces troubles sans les développer à l'exception des troubles langagiers qui feront l'objet d'une étude plus approfondie ultérieurement. (Mazeau, M., 1995, p.67).

II.4.5 Les troubles praxiques

Le trouble praxique est un « trouble de la réalisation du geste, secondaire à l'impossibilité (ou à l'anomalie) de programmer automatiquement et d'intégrer au niveau cérébral les divers constituants sensori-moteurs et spatio-temporels du geste volontaire. »³⁰ Il ne s'agit ni d'une atteinte motrice ou sensitive ni d'un déficit intellectuel, mais d'une atteinte du savoir-faire. (Mazeau, M., 1995).

On observe plusieurs types de dyspraxies chez l'enfant IMC.

- les dyspraxies idéatoires concernant l'utilisation des objets usuels.
- les dyspraxies idéo-motrices concernant les gestes symboliques ou conventionnels.
- Il est à noter que les dyspraxies idéatoires et idéo-motrices sont peu fréquentes chez l'IMC.

- la dyspraxie constructive concernant l'exécution de constructions dans le domaine visuo-spatial. Elle est très fréquente chez l'enfant IMC. Dans le cadre de l'écriture, nous parlerons de dysgraphie dyspraxique.

- l'apraxie de l'habillage, également fréquente, concernant l'organisation des gestes impliqués dans l'habillage.

- l'apraxie bucco-linguo-faciale concernant les actes moteurs de l'articulation, de la mastication et de la déglutition. L'enfant peut, par exemple, ne pas savoir comment faire pour arrondir les lèvres, les projeter en avant, étirer les commissures labiales, tirer la langue etc. Le geste sera impossible à faire sur commande, en revanche, il pourra être correctement effectué lors d'une réalisation spontanée.

Chez l'enfant IMC, il est difficile de distinguer un trouble de la motricité d'une dyspraxie. En effet, un trouble moteur sévère «peut interdire toute «expression» de capacités praxiques»³¹. Il est pourtant nécessaire de distinguer les deux en vue d'une prise en charge adaptée et efficace.

II.4.6 Les troubles gnosiques

Une gnosie est «la faculté permettant de reconnaître, par l'un des sens, un objet, de se le représenter, d'en saisir l'utilité ou la signification»³². Chez certains IMC, cette représentation est impossible malgré une stimulation sensorielle et une intégrité des organes des sens. On parle d'agnosie. Elle peut intéresser toutes les modalités sensorielles soit la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat, le goût.

Chez l'enfant IMC, les troubles gnosiques les plus fréquemment rencontrés sont les suivants :

- le trouble des gnosies auditives. Il peut concerner le domaine musical, on parlera d'amusie ; ou bien les sons du langage, il s'agira d'une agnosie auditivo-verbale. L'enfant IMC peut, en effet, éprouver des difficultés à dissocier des phonèmes proches ou à repérer un phonème au sein d'un groupe phonétique complexe.

- les troubles des gnosies visuelles. Ils consistent en «une difficulté spécifique à décoder, interpréter, donner sens, reconnaître certains stimuli visuels»³³. L'agnosie visuelle la plus fréquente est l'agnosie des images. Elle touche environ 10% des IMC

sous une forme plus ou moins complète. Une de ses principales caractéristiques est l'interprétation erronée des images.

• D'autres types d'agnosies visuelles sont observables telles que la non identification des visages connus (la prosopagnosie), la lecture impossible des mots et des phrases alors que les lettres sont reconnues individuellement (l'alexie-agnosie), ou la non reconnaissance des couleurs (l'agnosie des couleurs). (CHEVRIE-MULLER C., NARBONA J., & Moulineaux, Masson, 2007, p337.& , 2 BRIN F., et Al, Dictionnaire d'orthophonie, Isbergues, Ortho Edition, 2004, p109.9)

II.4.7 Les autres troubles

Selon la localisation des lésions, on peut noter certains troubles du comportement plus ou moins importants et handicapants. Les lésions frontales, notamment, peuvent être responsables de troubles comportementaux et de l'humeur associant une hyperémotivité et des troubles de l'attention. Une lenteur d'exécution et de compréhension est notable avec parfois association de persévérations.

La mémoire de travail se trouve également perturbée chez les enfants IMC. Ils éprouvent, en effet, des difficultés à mettre en relation les éléments en cours de traitement avec des apprentissages antérieurs. La compréhension verbale et la compréhension écrite s'en trouve ainsi affectées.

Le sujet IMC a très souvent une image de lui-même déformée et dévalorisée en raison de ses difficultés motrices et de son manque d'expérience concernant son propre corps. Ce trouble de l'image du corps engendre un trouble du schéma corporel, c'est-à-dire des difficultés à se représenter les différentes composantes du corps à la fois sur soi et sur autrui. (MAZEAU M., &, n°193, p41.)

II.7 La prise en charge des IMC

La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale est multidisciplinaire, elle consiste en des traitements et des thérapies dans différentes domaines qu'il s'agisse de kinésithérapie, psychomotricien, ergo thérapeutique, orthophonistes, psychologues, l'appareilleur, l'assistant social, et éducateurs spécialisés pour faire une bonne rééducation.

II.7.1 Le kinési thérapeutique

Il intervient dans le domaine de la locomotion, du système ostéo musculaire articulaire et respiratoire : outre la prévention et le traitement des complications orthopédiques par la mobilisation et les postures, il favorise la réalisation des gestes, en choisissant les positions où leur réalisation est plus aisée ; puis il intègre les mouvements possibles dans des activités plus complexes ou plus fonctionnelles, selon l'évolution du contrôle postural et neuromusculaire. Le kinésithérapeute contribue au bien-être de l'enfant, en utilisant des techniques relaxantes et antalgiques telles que le massage ou la balnéothérapie. Le kinésithérapeute est le professionnel le mieux représenté dans les équipes rééducatives. (INSERM., 2004 P.174)

II. 7.2 L'ergothérapeutique

Il est pratiquement toujours rattaché à une structure institutionnelle mais son intervention s'étend au domicile. Il concourt à faire l'inventaire des incapacités et propose une stratégie pour essayer de les compenser, intégrant les possibilités du domicile. Il peut ainsi suggérer la prescription de certaines aides techniques, conseiller des adaptations en termes d'architecture ou d'accessibilité du logement si des appareils encombrants sont envisagés. Ses activités thérapeutiques incluent l'apprentissage ou le réapprentissage des gestes de la vie quotidienne. Elles sont choisies en fonction de l'incapacité à traiter, mais aussi des capacités neuromatrices et sensorielles de l'enfant. Son activité porte dans certains services sur les fonctions supérieures, notamment les stratégies de la prise d'information ou d'action. (INSERM., 2004, p.176)

II.7.3 Le rôle orthophonique

Elle s'attache plus particulièrement à la rééducation de la communication, à la fois sur le versant réceptif et sur le versant expressif. La production de son, la modulation du ton dans une phrase, l'acquisition de vocabulaire, les règles grammaticales de phrases simples, puis plus complexes sont quelques exemples du travail proposé à l'enfant. Les troubles de la déglutition font également partie du champ d'action de l'orthophoniste, pour limiter les fausses routes : stimulations de la région endobuccale, adaptation du

volume des prises liquidiennes, modification de la consistance des liquides à l'aide de gélifiant. (Tom L., & Graham C., 1998, p.11)

II.7.4 Le rôle psychologue

Le psychologue a une double fonction. Il évalue d'une part les capacités cognitives d'un enfant ainsi que ses affects, et d'autre part, il a une fonction de soignant ou de coordinateur de soins autour de la vie affective et familiale de l'enfant handicapé. Son activité se fait le plus souvent dans le cadre d'équipes hospitalisées. (Jean-A dolphe., & Annick C., 2001, P.55)

II.7.5 la prise en charge sociale (sociologique)

Le rôle de l'assistant sociale est mentionné dans le cadre social, il offre des aides auprès des parents, un rôle d'information sur les textes concernant les droits de la personne handicapée, d'assistance pour instruire les dossiers d'affection de longue durée, d'allocation spéciale, pour le passage en commission départemental de l'éducation spéciale, le financement de travaux d'adaptation du domicile... et aussi pour en assurer le suivi, ou prendre contact directement auprès des organismes sociaux ou financiers.

Son rôle d'interface est précieux pour l'orientation et l'adaptation du cadre sociale, et pour les relations avec les organismes de protection de l'enfance. (ibid, p.33)

La prise en charge d'un enfant ou d'un jeune adulte handicapé doit tenir compte de l'individu dans sa globalité. Rappelons que la lésion cérébrale dans le cadre d'un tableau IMC intervient sur un cerveau en maturation. Le développement de l'enfant se trouve alors entravé entraînant des conséquences sur le plan moteur, psychoaffectif et cognitif.

Il apparaît donc nécessaire de proposer à l'enfant une prise en charge adaptée et régulière le plus précocement possible. Cette prise en charge doit constituer un partenariat entre une équipe de rééducateurs et les parents, c'est-à-dire une collaboration étroite dans le but de préparer au mieux l'avenir de l'enfant par la mise en place d'un projet adapté et personnalisé.

II.7.6 La fin d'une prise en charge

L'enfant est, à sa sortie, orienté vers un milieu ordinaire ou protégé. Différentes structures du milieu protégé sont proposées à l'enfant :

l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.) ;

la Maison d'Accueil Spécialisée ;

le Foyer Occupationnel de Jour ;

l'appartement thérapeutique etc.

Le choix est fait en fonction des envies et des possibilités du jeune adulte, de la décision des parents.

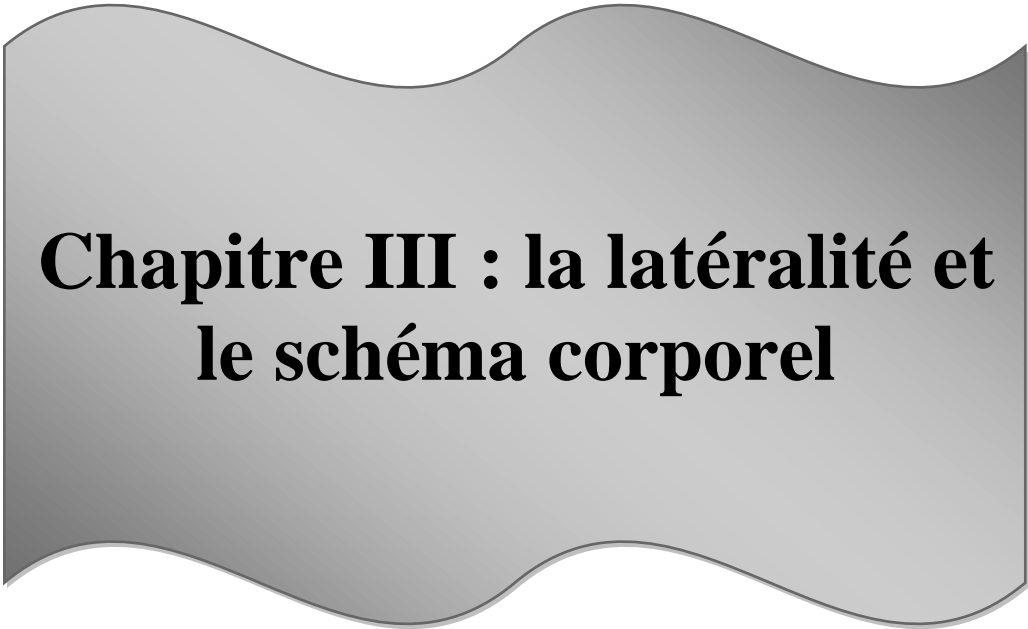
(www.sante.gouv.fr/htm/actu/handicapes/4_4.htm).

Conclusion

Pour conclure, on peut dire que l'infirmité motrice cérébrale est une maladie sévère, qui touche un organisme humain fragile et qui ne guérit pas, elle accompagne le sujet durant toute sa vie, ses causes et ses symptômes et ses conséquences sont reconnues, une prise en charge est nécessaire, pour réduire leur souffrance.

Le processus de latéralité est lié au développement du schéma corporel ; s'il y a des troubles dans le schéma, la latéralité ne peut pas être acquise, ce engendre des difficultés chez l'enfant.

Le terme de « schéma corporel » a été créé en 1923 par le neuropsychiatre Viennois P. Schilder. Il a d'abord découvert l'ensemble de données cénesthésiques et sensorielles, fournies par le corps lui-même. Mais progressivement étendu à un véritable complexe de représentation et de signification symboliques, mettant en jeu toute la personnalité, ce phénomène étant un produit à la fois de l'inné et de l'acquis de l'hérédité et du milieu.



**Chapitre III : la latéralité et
le schéma corporel**

III.1 La latéralité

III.1.1 Définitions

Étymologiquement la latéralité vient de mot latin latéral, de *latu*, *lateris* « cote », qui veut dire : la dominance sensorielle et motrice d'un côté du corps humain sur l'autre. (Sillamy, N., 1980, p.699).

On appelle latéralité, la prédominance fonctionnelle qui s'étend aux organes globales de notre corps : les yeux, les mains, les pieds et mêmes les oreilles, lors d'actions spontanées ou dirigées. La latéralisation est le processus qui organise cette asymétrie, entraînant le choix d'un côté par rapport à l'autre. Cette différenciation se détermine entre 3 et 6 à 7 ans. Il faut attendre parfois 8 à 10 ans qu'elle ne se fixe nettement.

III.1.2. Définition psychologique de latéralité

La latéralité se traduit chez une personne par l'utilisation préférentielle et spontanée des membres des organes sensoriels d'une moitié de son corps. Ce fait correspond à son organisation neurologique et à la répartition de fonctions dans les hémisphères cérébraux. On sait que ceux-ci, bien qu'étant identiques anatomiquement n'ont pas le même rôle et que l'un des deux qui est prépondérant, ce qui, en raison du croisement des fibres nerveuses, entraîne une plus grande habileté du côté droit du corps. La dominance cérébrale ne se limite pas à la dextérité manuelle et à la motricité mais elle s'étend à d'autres fonctions, telles que la vision, l'audition et l'orientation spatiale, car nous construisons l'espace à partir de notre corps, d'une part et d'autre part d'un plan médian imaginaire qui le dérive en deux côtés : le droit et le gauche. Sans que l'on puisse l'expliquer, on constate que de tout temps et dans les pays, les hommes furent et sont encore dans leur grande majorité, droitiers. Dans une étude de M. Annet (1967) portant sur différents milieux, leur proportion est de 70%, 4% pour les gauchers et 26% d'« incertains » ou « mal latéralisé ». dans ce dernier cas, il s'agit de personnes qui n'ont pas une organisation stable de l'espace, des parties de leurs corps et des objets, les uns par rapport aux autres ou encore, de sujet dont la latéralité est croisée, c'est-à-dire diffère de l'œil à la main ou pied, c'est qui est source de gênes et de difficulté (par exemple, pour l'écolier qui écrit de la main droite et contrôle son écriture de l'œil gauche). Pour de tels sujets, une rééducation psychomotrice paraît nécessaire afin d'homogénéiser, mais le choix du côté droit ou de côté gauche ne doit se faire qu'après détermination de la prédominance. (Sillamy, N., *op.cit.*, p.699).

La latéralité peut apparaître :

- **homogène** : la personne utilise le même côté pour tous les organes ;
- **croisé** : lorsque certaines organes sont latéralisés d'un côté, et les autres sont de l'autre côté ;

- **ambidextre** : c'est lorsque les côtés sont régulièrement utilisés dans les actions. **(Lacombe, J., 1996, p.80)**

La latéralité c'est la préférence d'utilisation d'un des parties symétriques du corps pour la main, l'œil, l'oreille et la jambe. Elle est en partie induite par des facteurs génétiques et neurologiques et n'est vraiment fixée que vers dix ans. Cette dominance est néanmoins déjà visible vers 4 et 5 ans et l'on peut alors se demander si l'enfant sera droitier au gaucher. On trouve seulement 10% des personnes manuelles du côté gauche dans la population générale. Cette constitution de la latéralité correspond à un traitement différent des informations dans les deux hémisphères cérébraux. **(Mareau, C. et Vanik Dreyfus, A., 2004, p.77)**

III. 2 La base anatomophysiologiques de la latéralité

Beaucoup de chercheurs ont été frappés par la liaison entre cette incapacité de lire et la troubles de la latéralité. La latéralité est avant tout la préférence dans l'utilisation de certains organes pairs en particulier de la main droite ou de la main gauche.

Dans toute société, il existe « l'homme droitier » et « l'homme gaucher » ; et généralement c'est le premier qui prédomine, car la majorité des humains est composée de « droitiers » sans nier l'existence d'une importante minorité de gauchers.

Cette prééminence motrice et aussi sensorielle d'un membre sur son homologue n'existe que dans l'espace humaine. La latéralité et la dominance cérébrale sont étroitement liées : on est gaucher du cerveau pour parler, on est droitier de la main pour écrire l'enfant, à sa naissance, ne manifeste pas de préférence manuelles. Les premiers indices, très précaires, apparaissent vers l'âge d'un an. Il s'établit progressivement une préférence pour l'usage de l'une des deux mains, avec stabilisation vers l'âge de six à huit ans et ce sous réserve d'importantes variations individuelles. Chez l'individu normale, deux facteurs principaux entrent en ligne de compte quand à la latéralité de la main dominante : l'un est d'ordre génétique et l'autre d'ordre socioculturel. **(Amrani, S., 2005/2006, p.10)**

On s'est longtemps demandé quelles pouvaient être les bases anatomophysiologiques de la latéralité. On a d'abord dégagé un règle générale à propos de la pathologie de la moitié gauche du cerveau chez le droitier : Marc Dax (1936) affirme que les maladies de l'hémisphère gauche, et non celles de l'hémisphère droit, affectent la mémoire verbale. Broca (1865) émet l'avis qu'une lésion hémisphérique droite si le malade est gaucher, puisse affecter la faculté du langage articulé et conclut que la dominance pour la main et pour la langage est l'apanage exclusif et définitif d'un même hémisphère. Chez l'homme normal, l'hémisphère gauche prédomine, ce qui compte tenu de l'entrecroisement des deux faisceaux pyramidaux, explique la prédominance de côté droit et en individus exceptionnels, les gauchers, ce serait l'hémisphère droit qui prédomine, favorisant ainsi le côté gauche du corps. Le facteur déterminant de cette dominance est d'ordre biologique. Dans le développement du cerveau, les circonvolutions de l'hémisphère gauche sont en avance sur celles de

l'hémisphère droit. Les premières sont déjà dessinées à un moment où les autres ne sont pas encore apparentes. L'hémisphère gauche qui tient sous sa dépendance le mouvement des membres droits, est donc plus précoce dans son développement que l'hémisphère droit et nous prédispose ainsi, à exécuter, dans nos premiers tâtonnements, les actes matériels et intellectuels les plus compliqués et plus particulièrement le langage articulé. (Amrani, S., 2005/2006, p.101)

De nos jours, on sait que le problème de la latéralité est plus complexe que ne le faisait apparaître les diverses études classiques dans leur majorité car, il semble bien que, au sein d'une population neurologique normale, adulte et alphabétisée, la dominance hémisphérique gauche soit encore plus universelle pour le langage (tous les droitiers environ 70% des gauchers et ambidextres). Il semble aussi que le phénomène de dominance hémisphérique droite pour le langage, s'il existe en effet chez une certaine proportion de gauchers, soit à peine plus fréquent chez ceux-ci que la dominance partagée entre les deux hémisphères. En termes plus simples, le gaucher n'est pas un droitier en « miroir », c'est-à-dire qu'on tend aujourd'hui à reconnaître une bilatéralité cérébrale de la représentation du langage chez les sujets gauchers. (Amrani, S., 2005-2004, p.102).

III.3 La domination de l'hémisphère gauche pour langage

De très nombreuses données neuropsychologiques cliniques et expérimentales mettent, depuis une trentaine d'années, l'accent sur les asymétries fonctionnelles qui existent entre le cortex cérébral associatif gauche et droit. Après avoir longtemps parlé d'un côté « majeur » et « mineur », ou encore d'un hémisphère « dominant » et d'un « dominé », les auteurs tendent aujourd'hui à décrire des spécialisations hémisphériques différentes, respectivement pour les aires corticales associatives gauches et droites. La manière dont on conçoit ces différences fonctionnelles fait l'objet d'une évolution théorique.

Ainsi, dans un premier temps, les différences hémisphériques sont présentées comme dépendantes du stimulus : l'hémisphère gauche est spécialisé dans le traitement des stimuli verbaux, tandis que l'hémisphère droit est davantage apte à traiter le matériel Visio- spatial.

Dans un second temps cependant, les neuropsychologues mettent en cause cette interprétation périphérique et suggèrent que cette asymétrie pourrait résulter d'un mode différentiel de traitement de l'information quelle que soit la nature des stimuli : le cortex gauche pratiquement un traitement analytique et séquentiel et le droit précéderait plutôt à une appréhension globalisée des événements. (Bruyer, R., 1980, p.631-632).

« Droitier » ne signifie pas seulement une plus grande habileté de la droite, mais aussi l'exécution par cette main de tâches que l'autre ne saurait accomplir. Elle ne se limite pas non plus à cette fonction manuelle : un hémicorps entier s'embarque dans cette dissymétrie. Cette latéralisation du corps humain pose une énigme depuis toujours. Pour Platon, elle résultait de l'éducation, alors qu'Aristote le considérait comme irréductible aux influences de l'environnement. Ces deux points de vue n'ont cessé de s'opposer

Chapitre III : la latéralité et le schéma corporel

depuis et leur traitement scientifique- initié par Darwin- n'a pas éclairé le mystère plutôt épaissi par la somme des hypothèses génétiques ou neurophysiologiques.

Toutes les dissymétries organiques du corps ne méritent pas une égale attention. En revanche la répartition des aires du cerveau correspond à une latéralisation comme le montre le fait qu'elle ne soit pas régulière selon les cultures. On note une latéralisation à gauche de l'aire du langage dans les cultures dont la phonétique est discriminée par la consonne (c'est-à-dire la plupart des langues) alors que, quand la voyelle prend une certaine extension cette localisation se présente différemment. (**Pommier, G., p. 191**).

Cette répartition en fonction de la structure phonétique assure que la latéralisation dépend de l'audition des sonorités langagières. Il n'en va pas de même pour la latéralisation du corps, qui lui est postérieure : les gauchers ont une aire du langage située à gauche, comme les droitiers.

En effet (...), la latéralisation du corps atteint pour s'installer le jeu d'une autre pulsion que l'oralité, la pulsion scopique, selon une coordination vision/préhension. On fera donc l'hypothèse que, si l'on veut faire correspondre ces deux latéralisations acquises- cérébrale puis corporelle-, il faut examiner l'articulation de la pulsion invoquant à la pulsion scopique. Cette articulation existe dans le stade du miroir tel qu'il est décrit par J. Lacan, puisque l'enfant se reconnaît dans l'image lorsqu'il est appelé par son nom.

Cette même articulation a été étudiée par de nombreux auteurs d'un point de vue organiciste. Certains chercheurs font même remonter au côté génétique dans le cytoplasme de l'œuf avant sa fécondation un gradient gauche/droite, dont procéderait un développement plus précoce de l'hémisphère gauche. D'où une dominance gauche pour le langage, puis pour l'habileté manuelle.

Selon d'autres acteurs, la testostérone développerait chez les garçons une préférence hémisphérique gauche qui expliquerait le plus grand nombre de gauchers du côté masculin. Mais ces éléments génétiques ou harmonieux sont peu probants, et, de plus, aucun chercheur ne s'est demandé pourquoi l'usage prévalent de la main droite devrait dépendre de la latéralisation de l'aire du langage à gauche (...).

En revanche les études sur l'environnement après la naissance emportent plus volontiers l'adhésion. De nombreux travaux, par exemple ceux de Nagamichi et Tadeka (1995), montrent l'influence du portage de l'enfant du côté gauche par les mères ; même lorsqu'elles sont gauchères. De mêmes, le modèle parental d'une main préférentielle est contagieux. La concordance entre la main utilisée par l'enfant et par sa mère augmente entre 7 et 11 mois, lorsque les enfants jouent assis sur le genou de leur mère (Michel, 1992). C'est bien dans une situation en miroir que cette concordance s'établit et le jeu assure que l'intersubjectivité alors un rôle de premier plan. Cette observation corrobore des études encore plus précoces qui montrent l'importance du côté du regard stimulé pendant l'allaitement. (**Pommier, G., p. 192**)

Il existe un modèle non génétique de la latéralisation développé par Previc depuis 1991. La position du fœtus in utero, identique dans les deux tiers des cas, entrainerait une prévenance de l'audition à gauche, d'où une latéralisation du cerveau en conséquence.

Mais, pour que ce modèle explique la latéralisation fonctionnelle du ceps, il faudrait qu'il soit suivi d'effets dès la naissance ce qui n'est pas démontré. Ce modèle a pourtant l'avantage de résoudre une contradiction : d'un côté, la latéralisation est acquise dans le rapport aux parents, mais en même temps la droite est prévalence comme s'il s'agissait d'une programmation organique. Il aurait pu se faire que, dans quelque îlot reculé de Mélanésie, l'usage de la main gauche ait prévalu mais tel n'est pas le cas. Une telle universalité se vérifie dans toutes les cultures au point que la droitrière a partout été gaucher a toujours été suspecte d'hérésie.

Si nous ne pouvons comprendre tout de suite pourquoi la latéralisation s'acquiert au cours du développement, alors qu'elle est privilégiée majoritairement et partout d'un seul côté, considérons plutôt un fait majeur : une moitié du corps est sacrifiée, alors qu'elle pourrait ne pas l'être. (Pommier, G., 2008, p.193)

III. Définitions

III. 1 Schéma corporel

Selon le dictionnaire Larousse de Norbert Sillamy, c'est une expérience que chacun a de son propre corps, animé ou à l'état statique, dans un certain équilibre spatio-temporel et dans ses relations avec le monde environnant. (S.Norbert, 1980, p.688)

Et selon le dictionnaire encyclopédique, le schéma corporel : (du grec skhema, «figure», «forme», «apparence»). D : korper schéma ; en : body schéma. Idée que nous avons de notre corps et grâce à laquelle nous pouvons représenter à tout moment et en toutes circonstances, dans nos différentes attitudes, au repos et dans l'action. C'est un modèle permanent, infra conscient, essentiellement tactile, visuel, et postural, le temps et le monde qui nous entoure. (S. Norbert., 1980, p. 1059)

La notion du schéma corporel telle qu'elle a été développée par J. Lhermitte (1939) apparaît alors comme la projection spatiale des stimuli périphériques sur le cortex cérébral, sorte de «carte du corps» projetée et localisée anatomiquement dans le contexte et la région pariétale droite. (P. Bernard, 1977, p. 153)

Pour Berges, le schéma corporel peut apparaître soit sous formes d'une armature qui serait la trame spatiale de notre corps, et des différents éléments, soit au contraire, comme enveloppe de notre corps dont nous aurions connaissance en tant que telle, frontière avec le monde extérieur. (A. Bioy, & D.Fouques, 2002, p.134)

Le schéma corporel désigne, selon Caudry, c'est la représentation de notre corps et la place qu'il occupe dans l'espace. (G. Caudry, & Al, 2007, p.88)

Chapitre III : la latéralité et le schéma corporel

Le schéma corporel, est comme étant la notion que nous avons de notre corps. **(Delamare, L-G., 1997, 833)**

C'est la représentation plus ou moins consciente du corps, en action ou immobile, dans sa position dans l'espace ainsi que de la posture des différents segments corporel. **(Bloch. H., & Al, 1999, p.816)**

A. Porot, donne la définition suivante : «image que nous faisons de notre propre corps, image total ou segmentaire, à état statique ou dynamique, dans les rapports de se parties constitutives entre elles et surtout dans ses rapports avec l'espace et les objets qui nous environnait» **(Pialoux, P., & Al, 1975,p. 132)**

Le concept de schéma corporel correspondant si la connaissance de l'unité du corps ; revêt un sens plus précis que celui de l'image. Le schéma corporel réalise la synthèse des impressions thermique, tactiles et pulsionnelles provenant du corps dans sa totalité **(Schilder, 1958, Acre dolo, & Evans, 1980).**

III.2 La différence entre le schéma corporel et l'image du corps :

En 1935, schilder est le premier à tenter d'articuler ces deux concepts (schéma corporel- image du corps) quarante ans après schilder, en 1984, Dolto distingue : le schéma corporel qui spécifie l'individu en tant que représentant de l'espace et se structure dès l'enfance par l'apprentissage et l'expérience. Il est l'interprète de l'image du corps. Et l'image du corps qui est une (synthèse vivant des expériences émotionnelles». Elle est liée au sujet et à son histoire et renverrait à trois composantes : l'image de base ou de sécurité, l'image fonctionnelle, et l'image érogène. L'image dynamique aurait pour fonction de relier les trois composantes **(C. Meljac, E. Fauconnier, & J. scalabrini, p. 1)**

III.3 Les étapes de l'acquisition du schéma corporel :

Le schéma corporel n'est pas inné , net se construit au cours du développement ; et d'après Piaget, la période de l'enfance se devise en trois stades : la 1er enfance du 0-3 ans, la 2eme de 3-7 ans et la 3eme de 6-7 ans à 12 environs. **(j. Piaget, & B. inhelder, 1966, p.330)**

A la naissance, l'enfant ne fait pas la distinction entre son corps et le corps de l'autre. Et à partir de la relation mère enfant, l'enfant commence à découvrir le monde extérieur, Winnicott parle de l'importance de cette relation dans le développement mental de l'enfant.

A 3 mois environ, les informations fournies par les différentes modalités sensorielles ne sont pas encore coordonnées. Le schéma corporel serait donc limite à certains sous-espaces locaux.

Néanmoins, la présence de réponses posturales antigravitaires très adoptées, l'existence d'interaction précoce entre les systèmes sensoriels (par exemple, quand on

Chapitre III : la latéralité et le schéma corporel

touche la joue de l'enfant, il va tourner la tête en ouvrant la bouche croyant que c'est la tétine du sein de la maman. (**H. Bloch, p.690**)

C'est vers 6 mois que commence l'intégration des trois modalités de sensation : visuelles, tactiles et kinesthésique les objets perçus par la vue vont permettre de connaître les différentes parties du corps ; ils portent à la bouche de telle sorte que peu à peu l'enfant en arrive à distinguer ce qui dépend de son propre mouvement ; et ce qui appartient au monde extérieur ainsi débutent à la fois la reconnaissance de l'objet, et celle du corps propre. Aussi se caractérise par l'acquisition de la station assise, et l'apparition de l'image spéculaire représente l'attitude de l'enfant face au miroir que nous fournit par ailleurs des indications sur la manière dont il se comporte face à son aspect externe ; se reconnaît dans l'image de lui-même que lui revoit de miroir et construit son identité.

Et d'après Wallon 1931, et Reinhardt, vers le sixième mois, l'image spéculaire commence à attirer l'attention de l'enfant qui se retourne, étonne vers l'adulte situer en arrière de lui, dont l'image se reflète à cote de la sienne dans le miroir. Cette attitude témoigne d'une reconnaissance de l'établissement d'un rapport entre la personne et sa représentation, mais aussi de la prise de conscience de l'irréalité de l'image. (**R. Robert, &, 2009, p.505**)

Vers 9 mois, l'enfant acquiert la relation debout, et la marche vers 12 mois qui lui permet de déplacer dans l'espace, et découvrir le monde à travers les jeux moteurs, et construit en même temps sa pensée, et particulièrement des notions permettant de comprendre le monde physique. (**R. Deldinne,& , R. Demonlin, 1980, p. 289**)

Vers 2 ans, apparaît l'imitation diffère (absence de modèle) le jeu symbolique, l'image mental et langage.

Dans la 2eme enfance, selon wallon, vers 3 ans débute la crise d'opposition (l'enfant dit non... puis d'imitation qui durera jusqu'à 5 ans.

Vers 4 ans l'enfant devient attentif, on observe une évolution dans les jeux faisant passer l'enfant des activités symboliques vers des activités type jeux de constructions (puzzle, soucis de réel dans le dessin). (**R. Deldinne. p. 292**)

Dans la 3eme enfance, ce période va reconnaître l'apparition des opérations concrètes, ces opérations portent sur leurs classes, et leurs relations.

La vie sociale que l'enfant va connaître à l'école marquera sa vie affective, la timidité disparaît progressivement. L'enfant doit s'adapter à un milieu affectivement neutre, l'école.

Vers 9-10 ans ; l'enfant atteint une maturité, il se fixe de buts, il sait expliquer, il est à même d'assumer des responsabilités, il domine parfaitement ses émotions.

On ce qui concerne la scolarisation, on constate entre 6 ans et demi et 7 ans demi un accroissement des tentatives de collaboration. Les enfants expriment le désir de jouer

ou de travailler avec d'autre pendant cette période toujours, les enfants tiennent compte des autres et son capable de s'organiser pour entreprendre des activités.

A la fin de l'enfance. Vers 10-12 ans, la capacité de collaborer s'affermit, les groupes spontanés (à l'école ou ailleurs) en une certaines stabilité, les sujets d'âge trop différents sont élimines. L'enfant de 10-12 ans, il est bien adapte.

III.4 La construction du schéma corporel :

Le schéma corporel évolue avec l'âge et à partir des relations mère-enfants, enfant environnement.

Selon Ajuriaguerra, 1974 : la construction de schéma corporel se fait en plusieurs étapes qui correspondent :

Le corps subi : (0-3 mois) cette étape renvoi au corps habité, utilise par l'enfant au cours des premier mois.

Le corps vécu : (3mois-3ans) c'est l'époque des plaisirs de la vie végétative, des douleurs, des désirs avec la juxtaposition des sensations visuelles, tactiles, proprioceptives sans distinction entre le moi et le milieu.

Le corps perçu : (3ans-7ans) cette étape résulte d'expérimentations effectuées par l'enfant, de leurs resulta positifs ou négatifs. L'enfant dissocie son corps du monde extérieur et du corps de l'autre par la vision et la proprioception. Il découvre sa main et ses jambes vers le cinquième mois, puis son corps, il peut explorer le milieu environnant par la marche à partir de la fin de première année.

Il prend conscience de ses possibilités motrices tandis que sa coordination s'améliore largement entre un et cinq ans et qu'il acquiert des repères spatiaux à partir de son corps, devant, à cote, derrière.

Le corps connu : c'est une étape intègre dans l'étape précédente : elle renvoi à la dénomination des parties du corps par l'enfant, dans la majorité des parties sont bien identifie à l'âge de 5ans. Le corps représente : (8ans-12ans) c'est la dernière étape où l'enfant à une représentation graphique du son corps qui s'améliore beaucoup plus après 7ans. Le dessin fournit un indice relatif de l'image que l'enfant à de lui-même ou des autres. **(R.Robert, 2003, p. 506-507).**

Selin Rosolato (1978) le sujet développe le schéma corporel comme unité interne non seulement à travers la perception (le stade de miroir) mais aussi et surtout à travers la sensation (cénesthésie). L'espace corporel interne possède des caractéristiques qui le différencient fondamentalement de l'espace environnement, extérieur. **(S.DIMITRIOS, 2009, P. 173)**

Pankow (1969) admirablement démontre l'importance du concept de schéma corporel dans la compréhension théorique et l'abord clinique de divers types de psychopathologies. Elle souligne comment le schéma corporel a une double fonction au

plan symbolique : d'abord une fonction de forme qui permet de reconnaître une relation dynamique entre une partie et la totalité du corps, et ainsi de saisir le corps en tant que structure globale ; ensuite une fonction de contenu qui permet de saisir le rôle, la signification de chaque partie du corps à l'intérieur de l'ensemble, et ainsi de reconnaître la complémentarité des fonctions de l'organisme. (S.DIMITRIOS, 2009).

Le concept de schéma corporel signifie que chaque partie du corps occupe une place précise dans l'espace corporel et joue un rôle spécifique dans le fonctionnement global. Ces deux fonctions sont propres au corps humain en tant qu'ensemble, mais ne se trouvent pas dans l'espace du monde. Les différentes parties du corps ne sont pas simplement collées les uns aux autres ; une véritable unité interne organise l'espace corporel.(S.DIMITRIOS, 2009).

III.5 Les troubles du schéma corporel

Des troubles mineurs du schéma corporel, comme (la mauvaise latéralité, difficulté de repérage spatial), sont assez fréquents. Il semble en outre que la fréquence de ces défauts mineurs de structuration soit plus élevée chez les anciens prématurés. Des troubles plus importants du schéma corporel se produisent à la suite de lésion du lobe pariétal (cas de lésions étendues du carrefour pariéto-temporo-occipital cortical). Il faudra distinguer les altérations de l'hémisphère mineur de celle de l'hémisphère dominant. Dans le premier cas, les troubles portent chez le droitier sur l'hémicorps gauche, se traduisant soit par un sentiment d'absence ou de non-apparence de l'hémicorps, soit par une hémiasomatognosie peuvent aller jusqu'à l'inconscience totale de celui-ci. En cas d'atteinte motrice concomitante apparaît souvent une anosognosie, qui est une méconnaissance du trouble moteur frappant cet hémicorps, les troubles restent localisés à celui-ci. En aucun cas, il touche à la véritable conscience du corps dans son ensemble. (H. Bloch, p. 690).

Mais les lésions de l'hémisphère dominant entraînent une asomatognosie globale centrée sur le syndrome de Gerstmann et sur l'autotopognosie, la première associe une agnosie digitale à l'incapacité de distinguer la droite de la gauche et à une apraxie constructive avec agraphie et acalculie, quand à l'autotopognosie, elle se caractérise par l'impossibilité pour le patient de reconnaître et de désigner les diverses parties de son corps. Il s'agit bien donc d'une atteinte des activités symbolique et sémantiques en rapport sans doute avec une extension des lésions aux régions voisines du lobe frontal. L'étude du schéma corporel peut se situer à deux niveaux :

D'une part, celui d'une «structure primaire d'intégration somatognosique polysensorielle non médiatisée», dont l'atteinte se manifeste sur l'hémicorps mineur ;

D'autre part celui, «d'une structure secondaire à médiatisée verbale, développée au niveau de l'hémisphère majeur» (R. Auglergues), structure dont l'atteinte entraîne un trouble général de la connaissance du corps, ce niveau se confondant indiscutablement avec celui des activités symbolique inhérent à la pensée représentative ou opérant

symbolique inhérent à la pensée représentative ou opératoire. (J. Piaget). (Bloch, H., & P. 817)

III.6 Classification des troubles de schéma corporel

- Troubles physique exemple le membre fantôme qui est l'impression qu'une partie de corps absente 20% d'enfants nés sans membre 50% d'enfant amputés avant 6 ans.

- Trouble cognitif : mauvais schéma corporel et difficulté d'apprentissage.

- Trouble moteur : mal adresse et l'incoordination motrice.

III.7 Approche théorique du schéma corporel

C'est une notion avant tout neurologique, qui renvoi à une image de notre corps dans l'espace, en trois dimensions. Notre corps possède une représentation topographique située sur le cortex (somatopsie). L'aire du schéma corporel est au carrefour des aires pariétales (sensibilité tactile), temporale (audition), occipitale (vision). L'idée de schéma renvoi à une structure, construite par intégration de différentes données, perceptives, mais aussi kinesthésiques, proprioceptives et intéroceptive. Toutes ces données se trouvent organisées en un tout unitaire qui contribue au sentiment d'unité de notre corps, de notre posture, de nos mouvements. (Bioy, A. & Fouques, D., 2002, p. 134).

Différentes auteurs ont donné une définition de schéma corporel :

Pour Piéron, le schéma corporel est «la représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace».

Pour Ajuriaguerra : «édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalisé dans une construction active, constamment remaniée actuelles du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence ou elles prennent leur signification».

Pour Berges, «le schéma corporel peut apparaître soit sous forme d'une armature qui serait la trame spatiale de notre corps et de différents éléments ; soit au contraire, comme enveloppe de notre corps dont nous aurions connaissance en tant que telle, frontière avec le monde extérieur ». (Bioy, A. & Fouques, D., 2002, p. 134).

III.8 Analyse des comportements au niveau de l'utilisation du corps propre

Selon Rosolato (1978), le sujet développe le schéma corporel comme unité interne non seulement à travers la perception (le stade de miroir mais aussi et surtout à travers la sensation (cénesthésie). L'espace corporel interne possède des caractéristiques qui le différencient fondamentalement de l'espace environnant, extérieur.

Pankow (1969) a admirablement démontré l'importance du concept de schéma corporel dans la compréhension théorique et l'abord clinique de divers types de psychopathologies. Elle souligne comment le schéma corporel a une double fonction au plan symbolique : 'd'abord une fonction de forme qui permet de reconnaître une relation dynamique entre une partie et la totalité du corps, et ainsi de saisir le corps tant que structure globale ; ensuite une fonction de contenu qui permet de saisir le rôle, la signification de chaque partie du corps à l'intérieur de l'ensemble, et ainsi de reconnaître la complémentarité des fonctions de l'organisme. Le concept de schéma corporel signifie et joue un rôle spécifique dans le fonctionnement global. Ces deux fonctions sont propres au corps humain en tant qu'ensemble, mais ne se retrouvent pas dans l'espace du monde.

Les différentes parties du corps ne sont pas simplement collées les unes aux autres ; une véritable unité interne organise l'espace corporel. (Dimitrios, S., 2009, p. 173).

III.9 Le schéma corporel et la latéralité

Le schéma corporel désigne, selon Carric J-C, (1999, p. 168) «la représentation de notre corps et la place qu'il occupe dans l'espace». (Carric J-C, (1999) cite par Caudry, G., Al., 2007, p. 88).

Notre corps est équipé d'un ensemble de récepteurs qui lui permettent à tout instant de ressentir son intégrité de reconnaître sa position dans l'espace, de percevoir son organisation anatomique globale. Ceci Grâce `a notre sensibilité tactile, tout contact s'effectue en l'occurrence entre deux surfaces qui se rencontrent : deux parties de notre corps (auto-contact) ou notre corps et tout ce qui n'en fait pas partie. Nous avons également des propriocepteurs, récepteurs situés dans l'ensemble de nos articulations et assurent, sans appui de la vue, un repérage constant de notre positionnement dans l'espace. Les yeux jouent aussi un rôle en nous permettant de porter un regard sur nous même, ce qui explique peut être que le dos, non accessible à ce sens, soit une des parties de notre corps qui nous apparaisse comme connue le plus tardivement, ces informations récupérées par notre système sensoriel sont intégrées et mise en mémoire dans une partie de notre cerveau formant l'homonucleus sensitif.

En effet, lorsque la connaissance globale du corps est acquise à travers une bonne intégration du schéma corporel, nous organisons notre corps autour de son axe central, la colonne cervicale. A partir de la perception de l'axe, nous pourrions en déduire une place pour chaque partie de notre corps, les situer les unes par rapport aux autres, et en reconnaître le côté droit et le côté gauche. Par source de clarté, nous avons artificiellement séparé les différents concepts psychomoteurs dans notre présentation, mais tout est lié depuis le début de la vie et tout domaine enrichit les autres, tout se vit dans l'instant de l'expérimentation psychocorporelle.

Concernant la latéralité, Carric J-C, (1999, p. 95), dit «sa genèse s'établit d'une manière perceptible quand à la prévalence manuelle depuis la maturité de la préhension à la fin de la première année, jusqu'à la stabilisation des principaux apprentissages

Chapitre III : la latéralité et le schéma corporel

instrumentaux (graphique et linguistiques) entre six et douze ans. **(Carric J-C, (1999) cite par Caudry, G., Al., 2007, p. 88).**

Pour lier les éléments entre eux, disons qu'un bon tonus axial permet au jeune enfant de se tenir confortablement assis, lui donnant les possibilités d'explorer ce qu'il voit autour de lui à l'aide de ses mains ou de l'une d'elles s'il la préfère.

Toutefois, lorsqu'un objet est attrapé, il est minutieusement exploré par les deux mains placées au centre de corps et celle-ci travaillent en étroite collaboration sensorielle.

Comme le disent Berges J. et Lezine I., (1963, p. 176) «une activité manuelle n'est pas possible que si toute la posture est contrôlée». Nous retrouvons cette coordination bi manuelle plus tard, lorsque la latéralité est solidement établie, avec préférence d'une main pour la motricité fine et soutien de l'autre dans l'activité. **(Carric J-C, (1999) cite par Caudry, G., et Al., 2007, p.90)**

Donc à environ sept ans, en cas de développement psychomoteur harmonieux, la latéralité est établie, Daylly, R., et Moscato, M. la définissent ainsi : «on appelle 'latéralité' les caractères et les états des asymétries fonctionnelles observées au niveau des éléments corporels doubles (mains, œil, pied) et qui se traduit par une prévalence d'un élément sur son homologue lors de conduites spontanées ou dirigées». **(Daylly, R. & Moscato, M., 1984, p. 26).**

Différents auteurs affirment la nécessité d'une asymétrie anatomie- fonctionnelle dans la constitution du schéma corporel tel :

Wallon (1962) écrit : «il y a spécialement fonctionnelle de chacun des côtés, le dominant assumant l'initiative et le contrôle des déplacements, l'autre côté ayant pour rôle d'en assurer la stabilité. De telle sorte qu'il y aurait deux latéralisations complémentaires mais inversées : l'une de mobilisation, l'autre d'immobilisation, l'une de l'un dans l'espace, l'autre qui est la quête de points d'appui. »

Flament (1963) s'intéresse au développement de la préférence manuelle de la naissance à 6 mois. Après avoir défini les signes de préférence manuelle, l'auteur considère l'unification de ces signes en fonction du développement sensorimoteur de l'enfant. Elle met en reflet les articulations qui constituent dans la genèse de la latéralité le mouvement unilatéral, puis les coordinations sensori-motrices

Précédent le mouvement unilatéral, on assiste à une période de mouvements réflexes, symétriques et indissociés où les deux mains ne peuvent établir de relation avec l'espace environnant.

Ensuite, vient la période d'unilatéralité qui s'étend jusqu'à la 16ème semaine. On voit apparaître sur un fond symétrique certains décalages périodiques entre les deux mains : il y a précision d'une main sur l'autre dans l'acquisition du geste qui exprime la coordination nouvelle.

Chapitre III : la latéralité et le schéma corporel

Au cours du 4ème mois, apparaît une nouvelle structure gestuelle caractérisée par des mouvements symétriques et simultanés, en miroir : la bilatéralité prédomine à l'âge (16ème à 28ème semaine) où la coordination secondaire entre la main et l'œil constitue une maîtrise de l'espace proche grâce à quoi l'enfant peut saisir un objet sans contact préalable.

Spionek (1961) dans ses études de latéralité dégage quatre grands principes qui lui serviront de base pour déterminer les mécanismes dans le développement ontogénétique de l'orientation dans les cotes droit et gauche du corps :

- 1-Principe de l'opposition des membres et des organes pairs ;
- 2-Principe de la coordination de la même cote du corps ;
- 3-Principe de la hiérarchie des organes pairs ;
- 4-Principe de la priorité de la main utilisée plus souvent.

III.10 Les mécanismes qui en découlent sont les suivants :

1) Vers 3 ans : l'enfant ne distingue point les deux cotes de son corps, il accorde la priorité au membre employé le plus souvent.

2) A 4 et 5 ans : l'enfant commence à comprendre que ses membres droits et gauches se trouvent des deux cotes de son corps, mais il ignore lequel d ses membres est droit et lequel est gauche (principe de l'opposition et de la hiérarchie des enganes pairs).

3) A 6 et 7 ans : la notion de droite et de gauche continue à se développer chez L'enfant. Il tient compte du fait que ses extrémités droites et gauches et que ses autres organes pairs se trouvent de la même cote de son corps (principe de la conservation de la même cote du corps et de la hiérarchie des organes pairs).

Conclusion :

La latéralité est importante dans l'évolution de l'enfant. Elle influence l'idée que l'enfant a de lui-même, l'établissement de son schéma corporel, la perception de la symétrie de son corps. Elle contribue à établir la structuration spatiale, en percevant l'axe de son corps, l'enfant perçoit aussi son environnement par rapport à cet axe.

1-La problématique

Adolescent et handicap, deux termes qui se questionnent mutuellement du fait des interrogations anxieuses que recouvre pour les jeunes en situation de handicap, le devenir adulte. Le handicap est envisagé du côté des limitations motrices et cognitives mais plus globalement dans la prise en compte des expériences de stigmatisation qu'il fait vivre au sujet de son environnement. Nous exposons ses incidences potentielles sur le groupe, famille, les parents mais aussi la fratrie, ses effets possibles en termes de dépendance et de souffrance psychique pour les adolescents. (Marie-Anne et Sophie pivry, &, Régine Schelle, cairn, p. 328).

L'infirmité motrice cérébrale (IMC), est la première cause de handicap moteur, il s'agit d'une lésion traumatique acquise avant la maturation du système nerveux central. Le handicap est néanmoins le plus souvent congénital, les lésions surviennent en effet principalement avant ou pendant la naissance.

Le passage par l'école constitue une étape essentielle. C'est là que chaque enfant acquiert les instruments de son autonomie et de son insertion future dans la société. C'est là que se forme la base de toute la culture à laquelle il pourra recourir tout au long de son existence : la maîtrise des savoirs élémentaires, du langage et des méthodes d'apprentissage dont l'assimilation est déterminante pour l'acquisition de savoirs futurs. L'école est aussi le lieu où se développe la sociabilité. La curiosité, la sensibilité ainsi les aptitudes manuelles, physiques et artistiques. Tout échec dans le déroulement de cette étape fondatrice peut donc avoir de lourdes conséquences pour le déroulement de la vie future, et affecter, non seulement la réussite scolaire mais aussi l'insertion sociale et professionnelle. (Champy, ph., &, Eleve, ch., 2002, p. 627).

L'école a une place fondamentale parce qu'il lui revient de faire vivre notre idéal d'égalité des échanges. Dans le cadre de soutien que le droit à l'éducation garantit à chaque élève, l'école est une première ligne pour permettre à chacun de découvrir et développer ses talents, ses aptitudes, de réaliser ses aspirations par son mérite et son travail.

Les difficultés de l'apprentissage de la lecture sont un fait universel depuis que l'école est obligatoire et les recherches qui se préoccupent d'en expliquer les raisons foisonnent. Ces études proviennent de tous les horizons du savoir en sciences humaines et sociales. (Champy, PH., et, Élève, CH., 2002, p. 627).

Au cours des trente dernières années, les travaux de la psychologie cognitive sur la lecture, son apprentissage et ses dysfonctionnements ont débouché sur des consensus et plusieurs questions peuvent être considérées comme résolues ou partiellement résolues. En premier lieu, il est admis que la lecture passe par la réalisation d'un ensemble de traitements conduisant à la construction des représentations nécessaires à la compréhension, finalité de l'activité de lecture. Ces traitements sont multiples, de niveaux et de natures différents : graphémiques, phonologiques, sémantiques, syntaxiques et textuels. (Romdhane, M. N., et, Al., 2003, p. 07).

En ce qui concerne l'acquisition de la lecture, les modèles dominant restent encore les modèles à étapes malgré les limites et les critiques soulevées. Il y aurait principalement trois étapes dans l'installation des capacités de lecture. Dans la phase initiale, qui intervient avant l'enseignement de l'écrit, les enfants reconnaîtraient des configurations visuelles a partir d'une pluralité d'indices sans utiliser de traitement linguistique. La deuxième étape s'appuie fortement sur la médiation phonologique, l'enfant identifie les mots a partir de la mise en correspondance des graphèmes et la maîtrise des règles de conversion et elle déboucherait sur la constitution du lexique écrit. Dans la troisième étape les mots sont analyses en unités orthographiques sans recours systématique aux informations phonologiques. La voie directe devient fonctionnelle. La fréquence d'utilisation de ces différentes procédures dépend du niveau d'avancement de l'apprentissage. (Romdhane, M. N., et, Al., 2003, p. 09-10).

Aux problèmes scolaires le facteur latéralisation est invoque c'est presque uniquement lorsqu'on constate des échecs scolaire, souvent comme une cause corrélative, mais aussi parfois plus ou moins explicitement dans une perspective causale. En effet, les études de la latéralisation, pour les psychopédagogues sont étroitement liées à la notion de réussite scolaire. Ainsi c'est une pathologie ou plus exactement une anomalie de certain pédagogue. Dans le cas de certains désordres nuisant à l'adaptation, la latéralité a également été invoque avec valeur explicative. (Lerbet, G., 1965 p. 424).

Le schéma corporel n'est pas inné, il se construit au cours de développement de l'enfant, et l'acquisition de la latéralité est en relation inhérent avec celui-ci. Le développement mental et émotionnel de l'enfant est strictement lie a son développement corporel. C'est grâce a ce dernier qu'il arrive a la connaissance du moi, de l'autre et des objets. (De Man-De Vriendt, M.-J., 2000, p. 228).

L'élaboration de schéma corporel de l'enfant est atteint par la coordination de certains facteurs qui comme la connaissance de son propre corps, l'orientation, la latéralité et la structuration spatio-temporelle. Un schéma corporel flou ou mal structure entraine du cote de la perception, un déficit de la structuration spatio-temporelle, du cote de la motricité, maladresse et incoordination et du cote de la relation avec autrui, l'inhibition, l'insécurité et l'agressivité. (Man-De Vriendt, M.-J., 2000, op. cit. p.229).

Ainsi, notre travail aura pour objectif de répondre à la question suivante :

Quels sont les facteurs qui sont liés aux difficultés de l'apprentissage de la lecture chez les adolescents IMC ?

Les hypothèses de la recherche

Pour répondre à cette question de recherche nous avons formulé l'hypothèse suivante :

Hypothèse générale :

-La latéralité a des influences sur l'apprentissage de la lecture

Hypothèse partielle :

-le schéma corporel on des indices sur l'apprentissage de la lecture



**Chapitre IV : cadre
méthodologique de la
recherche**

Chapitre IV : cadre méthodologique de la recherche

Introduction

Toute recherche comporte le choix d'une méthode et d'une technique pour obtenir une garantie scientifique. Angres, M. (1999) définit la méthodologie comme « une ensemble de méthodes et techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et guide de démarche scientifique » (**Angres, M., 1994, P.58**)

On a opté pour une étude de cas qui est au cœur de la méthode clinique, et qui fait partie des méthodes descriptives.

Ce chapitre contient la définition des concepts clés de notre recherche, leurs opérationnalisation, la pré-enquête puis la méthode utilisée, la présentation des outils de recherche employés pour le recueil des données et enfin une conclusion du chapitre.

IV. 1 La Pré-enquête

La pré-enquête représente une étape très importante dans toutes les recherches scientifiques, et permet de recueillir des informations sur le thème de recherche, ainsi de tester la fiabilité des hypothèses sur le terrain.

La pré-enquête est défini par Chauchat H. comme étant « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre d'une part les constructions théorique : schéma théorique ou cadre conceptuel selon le cas. Et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation. » (**H. chauchal, 1990, p. 19**).

Est une étape important dans toutes les recherche, donc on a procédé pour visites au sein de l'association d'aide aux inadaptés mentaux, ce qui nous a permis de rencontrer le psychologue clinicien, les chargés pédagogiques et enseignants, ces dernières ont été coopérants.

Ce travail (pré-enquête), nous a aidés formuler les hypothèses, élaborer un guide d'entretien qui correspond à notre recherche.

Durant la pré-enquête qu'on a effectuée dans ce centre d'inadaptés mentaux, et au cours de notre présence aux séances de la lecture, on a observe les adolescents IMC, qui présentent des difficultés dans la lecture, cela a attire notre attention, et avec l'aide des enseignants de la langue arabe, on a pu sélectionner quelques cas pour qu'ils fassent partie de notre recherche.

La présentation du lieu de la recherche :

Nous avons effectué notre recherche aux niveaux de deux centres qui se situent à IHADDADEN, le premier, L'association d'aide aux inadaptés mentaux (A.A.I.M.B), elle a été crée en 1983, conformément à la loi 90-91 aux associations à caractère social. L'association a pour but la prise en charge psychopédagogique et la formation professionnelle

Chapitre IV : cadre méthodologique de la recherche

adapte aux jeunes déficients. Cette prise en charge est assurée par une équipe des (un psychologues cliniciens, un orthophoniste, une charge pédagogique, une de psychomotricité, assistance social, un médecin et des agents pour la surveillance et des cuisiniers. Et le deuxième, un centre psychopédagogique.

IV.2 la démarche utilisée

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (...), et l'étude de cas fait partie de ces méthodes. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. (**Chahraoui, KH., et Benony, H., 2003, p. 127**).

Dans la démarche de la recherche, chercheur se sert de guide d'entretien pré-structure (en fonction de ses hypothèses de recherche), il invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué (...), l'observation du sujet en entretien et aussi source de données à recueillir. (**Anne-Marie, L (2008), p. 194**)

IV.3 La population d'étude et ses caractéristiques

Nous avons retenu dans le choix de la population d'étude, tous les cas répondant à l'objet de notre recherche. On a constitué un groupe de recherche qui se compose de 10 cas, en difficultés d'apprentissage de la lecture, âgés entre 15 et 18 ans.

Les critères pertinents :

Nous avons choisi des adolescents qui sont atteints d'une motricité cérébrale avec une déficience légère, qui sont intégrés dans les centres spécialisés. Ces adolescents évoluent donc dans le même climat relationnel et affectif, ils sont aussi sous la responsabilité du même personnel administratif et éducatif de chaque centre concernant l'adolescent. Tous les cas qui ont participé sont des adolescents âgés de 15 ans à 18 ans, ont un retard mental léger.

Les critères non pertinents :

Dans notre recherche on n'a pas pris en considération les critères suivants type d'atteinte, c'est l'infirmité motrice cérébrale, le sexe des sujets.

Tableau n° 01 : la répartition de la population d'étude selon le sexe et l'âge :

Les cas	pseudo noms	Sexe	Age
Cas 01	Walid	Masculine	15ans
Cas 02	Nabil	Masculine	15ans
Cas 03	Omar	Masculine	15ans
Cas 04	Lolo	Masculine	15ans
Cas 05	Tarik	Masculine	18ans
Cas 06	Toufik	Masculine	16ans
Cas 07	Sofiane	Masculine	17ans
Cas 08	Kousseila	Masculine	16ans

Chapitre IV : cadre méthodologique de la recherche

Cas 09	Lounis	Masculine	15ans
Cas 10	Sophie	masculine	16ans

IV.4 présentation et les techniques utilisées

Afin de répondre à la question posée dans cette recherche, et pour vérifiés nos hypothèses, on a opté dans notre étude: l'observation, l'entretien et les tests.

Selon Lagache (1949), la méthode clinique, est une méthode qui envisage la conduite dans sa perspective propre, révéler aussi fidèlement qui possible la manière d'être, d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits.

L'objet de la méthode clinique est l'étude approfondie de cas individuels, c'est-à-dire, des déterminants héréditaires, biographique, génétiques, de la conduite du sujet observé. **(Grawitz, M., 2001, p.358)**

Elle s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité ; ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel (histoire de l'individu et situation actuelle), et elle prend en compte l'engagement de l'observateur. **(Ghiglione, R., et Richard, J.-F., 2003, p. 467).**

IV.5 L'entretien clinique (semi-directif)

L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien. Il fait partie de la méthode clinique, qui comprend une clinique « à mais nues », (l'observation et l'entretien).

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte : d'aide ou de soins psychologique ; de diagnostic ou d'évaluation psychologique ; ou de recherche clinique. (chahraoui, KH., et Benony, H., 1999, p. 12-13).

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information (A. Blanchet, 1985). Il s'agit d'un : dispositif pour lequel une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B.**(Chahraoui, KH., et Benony, H., 1999, p. 64).**

L'entretien semi-directif

C'est un entretien qui répond à nos objectifs, ainsi, il se définit comme suit : « un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif, il rend de grand services dans la recherche lorsqu'il faut comparer les réponses d'un échantillon représentatif. » **(Castarede, 2003, p.93).**

Chapitre IV : cadre méthodologique de la recherche

Dans l'entretien semi-directif, le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. (Ibid., p.65).

Donc notre premier outil de recherche, c'est-à-dire, l'entretien semi directif est doté d'un guide de recherche qu'on a préparé suivant notre objet de recherche.

Guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré.

Selon Blanchet, A., (1992), cite par Chahraoui, Kh., et Benony, H., le guide d'entretien est un « ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (Chahraoui, Kh., & Benony, H., 1999, p.69).

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. (Chahraoui, Kh., & Benony, H., 1999, p.69).

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien cherche à préparer quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît. (Chahraoui, Kh., & Benony, H., 1999, p.69).

On a élaboré deux guides d'entretien, le premier avec les enseignants, il est constitué de deux axes, et le second avec les élèves. (Voir annexe n° 2).

Pour déceler les fautes commises par notre population d'étude, on a utilisé l'épreuve présentée ci-après :

la lecture et la dictée du texte

Avant de commencer la lecture et la dictée de texte, on rassure toujours l'élève qu'il s'agit d'un simple exercice et non d'un examen.

La lecture de texte

Pour déceler les fautes commises en lecture en langue arabe par la population d'étude déjà sélectionnée, on a choisi un extrait de texte du livre scolaire déjà lu dans la classe.

Le texte est le suivant (texte traduit en arabe)

« Il était une fois une des oiseaux qui volaient tristement, et qui ne chantaient pas car leurs plumes n'étaient pas colorées, elles étaient toutes grises. Ils revenaient vite vers leurs nids. A chaque fois qu'ils regardaient leurs plumes grises en reflet sur une flaque d'eau dans les marécages et les fleuves, ils ne voulaient plus chanter ». (voir le texte en arabe en annexe n°07 .)

La consigne est la suivante

« Voici un extrait du texte, que vous avez déjà lu dans la classe, vous vous souvenez ?, est ce que vous pouvez lire ce paragraphe ? Allez-y

La dictée de texte

Le texte précédent est le même présenté pour la dictée. Le but de cette dictée est de savoir si l'élève a une capacité de mémorisation, afin de distinguer entre les différents mots et lettres déjà lu, pour ne pas commettre des fautes.

Une fois l'élève a termine la lecture, on lui demande de se reposer « Maintenant repose-toi un peu ..., puis on va passer à la dictée de ce texte ».

IV.6 Questionnaire de d'Edinburgh

Il permet de calculer un « quotient de latéralité » permettant de placer le sujet dans un continuum droitier extrême- droitier- ambidextre- gauche- gaucher extrême.

Il semble que la spécialisation hémisphérique se met en place très tôt, avant trois ans alors que la mise en place des fonctions exécutives est plus tardive et plus difficile à objectiver : chez l'enfant, il faut attendre à l'âge de 4 à 7ans pour pouvoir préciser définitivement la latéralité. (Oldfield, R. C., 1971).

IV. 7 Les épreuves du schéma corporel et test de la latéralité

Ces tests utilisés en rééducation orthophonique. Il s'agit d'épreuves de schéma corporel, car le schéma corporel est une relation avec la latéralité, dont l'objectif essentiel est d'examiner la capacité du sujet à mémoriser les mouvements et les souvenir kinesthésique de la position de ses membres supérieurs.

Ces deux épreuves proposées par Borel-Mainsonny, S., ont pour but de découvrir :

- Les difficultés que peut avoir le sujet à garder le souvenir purement kinesthésique de la position de ses membres supérieurs dans l'espace ; - La difficulté à apprécier une position dont la consigne est visuelle et oblige à interpréter une image. (Borel-Mainsonny, S., 1986, p.77-79).

Le schéma corporel (position du corps dans l'espace)

L'épreuve consiste a faire reproduire les attitudes 1, 2, 3, 4 des personnages vus de dos, mémoire de la position des bras.

Consigne - L'image des positions a prendre ne doit pas être laisse sous les yeux de sujet qui va les exécuter. Il doit se lever, se tenir devant le testeur, dos tourne, ferme les yeux, et se laisser mettre dans la position indiquée en 01; - Cette position doit être donnée très nettement sans parler, et garder quelques instants (une a deux secondes) ; - Ensuite il doit prendre la position de repos jusqu'à un état de détente qu'on vérifie en palpant les bras et les mains ; - Enfin, toujours les yeux fermés le sujet doit reprendre la position précédemment

Chapitre IV : cadre méthodologique de la recherche

donnée ; - On notera tout de suite les résultats obtenus comme il est indiqué dans la notation ; - On procède de même pour les positions 02, 03, 04 ; - Trois possibilités de notation pour une seule épreuve (plus, plus-moins, moins) ; - Si l'attitude est correcte mais inversée, indiquer d'une flèche ; - Il se peut que la tendance à l'inversion ne se montre qu'en une ou deux épreuves.

Les fautes les plus fréquentes dans chaque figure sont les suivantes :

- 1-Le sujet touche sa tête de la main droite ;
- 2- Les bras droits tendent à prendre la position qu'il occupait dans la figure 15 de position 1;
- 3-Tendance à une attitude symétrique, bras horizontaux ; 4-Tendance à une attitude symétrique, bras verticaux ;

L'attitude est souvent fautive en 03 et 04.

Copie d'attitude (Transposition visuelle du schéma corporel)

L'épreuve consiste à se tenir comme le garçon de la figure 16 (voir annexe n° 5)

Consigne

L'image est tenue devant les yeux de sujet pendant tout le temps où il cherche à reproduire l'attitude proposée. Quand le sujet a des troubles de l'équilibre, on peut le soutenir en le tenant sous les bras ou en lui permettant de s'appuyer le dos à un mur.

Notation

- Reproduction parfaite : plus - Reproduction approchée : plus/moins - Reproduction tout à fait fautive : moins

L'inversion de la position (bras droit lève ; jambe droite aussi, c'est-à-dire une reproduction de l'image dans le miroir) sera notée +

Pour compléter ces deux épreuves du schéma corporel, on a utilisé les épreuves inspirées du test d'orientation droit-gauche de Head (main-œil-oreille).

IV.8 Test de Head 3

Reproduction de mouvements sur figure schématisée

Cette épreuve se compose de 8 items. Le matériel est constitué de 08 cartons (voir annexe n° 6) où un bonhomme schématisé exécute les 08 mouvements possibles concernant la main droite ou gauche, portée vers l'œil droit ou gauche, ou orientée droite ou gauche (Grossen, M., 1993, p. 10).

Chapitre IV : cadre méthodologique de la recherche

Les consignes est la suivante :

« Tu vois ces dessins, il y a un bonhomme qui met ses mains vers l'oreille ou vers l'œil. Toi tu vas la même chose qui lui, ça veut dire que quand il montre son œil gauche avec sa main droite, toi aussi, tu mets ta main droite vers ton œil gauche ».

Cotation : 1 point par item, soit 08 points au maxima. (C'est-à-dire que le sujet ne fait pas plus de 02 erreurs sur 08, soit 25% d'erreurs)

Les observations portent sur :

- La conscience du corps comme premier repère spatial et face au corps de l'autre ;
- La conversation des repères spatiaux et latéralité ;
- Les capacités d'imitation et de différenciation ;
- Les passages du corps agi à une représentation corporelle transposable (réversibilité) ;
- L'organisation autour de l'axe du corps.

Le déroulement de l'entretien et la passation des épreuves

Le directeur de centre a mis a notre disposition une salle, pour la passation des épreuves avec les élèves concerne, ainsi que l'entretien avec les enseignants. Le déroulement de l'entretien avec les enseignants est réalisé individuellement durant les séances de récréation.

Les limites de l'étude

- Difficulté d'accéder à plusieurs épreuves de la latéralité ;
- L'étude de cas n'est pas généralisable, don elle ne permet pas la comparaison avec une autre cas (Charaoui, KH., Benony, H., Op. cit., p. 127)

Conclusion

La méthodologie nous a permis d'organiser notre recherche, a travers le respect des règles déontologique.

Nos outils de recherche dont l'entretien clinique semi directif, a été utilisé pour recueillir des données. Ces données sont analysées d'une manière qualitative. On a eu recours aussi aux épreuves de la latéralité, du schéma corporel, test de Head, épreuve de lecture et de dictée d'un extrait de texte du livre scolaire, et le questionnaire d'Edinburgh pour déterminer l'indice de dextralité manuelle.

Cela nous a permis d'explorer la question de notre recherche, à savoir la présence ou non de problème, les adolescents IMC présentent des difficultés dans l'apprentissage de la lecture et ces difficultés sont liées à des problèmes de latéralité et du schéma corporel.



**Chapitre V : présentation et analyses
des résultats discussions des hypothèses**

V.1 Présentation et analyse des résultats

Cette partie, consiste à présenter et analyser les données recueillies à travers les outils utilisés durant la recherche, pour passer ensuite à la discussion des hypothèses.

V.1.1 compte rendu des entretiens avec les enseignants

Les entretiens ont été réalisés avec trois enseignants de la langue arabe, dans le but de recueillir des données concernant les difficultés d'apprentissage de la lecture et sur l'acquisition du schéma corporel et de la latéralité.

Les enseignants ont accepté de coopérer et de répondre aux questions posées dans la guide d'entretien.

Le premier a été effectuée avec l'enseignant de classe « B ». Cet entretien a été bien réalisé, car l'enseignant a saisi notre l'objet de recherche, l'enseignant a 20ans d'expérience dans l'enseignement, durant cette période elle a remarqué que les difficultés d'apprentissage sont assez présentes, et les difficultés les plus fréquentes sont celles de la lecture.

Concernant les adolescents IMC, elle nous a confirmé que la plus part des élèves ont des difficultés à distinguer entre les mots, et confondent entre les lettres qui se ressemblent :

La main utilisée pour ces adolescents, elle nous a informés que chacun utilise sa cote dominante, c'est-à-dire, soit la main gauche ou la main droite, pour toutes les activités, l'écriture sur le cahier, sur le tableau, et lever la main pour participer en classe, et certains utilisent tout les deux mains pour le dessin.

Le deuxième a été réalisé avec l'enseignant de classe « C ». L'enseignant a 23ans d'expérience, pour elle, les difficultés de l'apprentissage sont présentes et assez fréquentes surtout celles liées à la lecture.

Concernant les adolescents IMC, elle nous a informé que la plus part, ont des difficultés dans la lecture, l'incapacité à lire certains mots, des coupures et des arrêts durant la lecture.

Pour la main utilisée, elle souligne qu'il y a des adolescents qui utilisent la main droite, et il y en a d'autres qui utilisent la main gauche.

Le troisième et le dernier entretien a été réalisé avec l'enseignant de la classe « D » cet enseignant a 25ans d'expérience, selon elle les difficultés de l'apprentissage sont apparentes surtout dans la lecture.

Pour les informations qui concernent les adolescents en difficultés de l'apprentissage de la lecture, elle nous a signalé les difficultés suivantes :

- le non distinction entre les différentes lettres qui se ressemblent comme

- la difficulté a bien articulé les lettres Pour la main utilisée dans les différentes situations déjà citées, elle varie entre la main droite et la main gauche.

Durant cette recherche, on a effectué des observations au niveau des deux centres à d'IHDADEN, des cas qui présentent une infirmité motrice cérébrale qui sont scolarisé dans ces centres. Nous avons réalisé des entretient avec aux et avec, et ensuite avec certains parents. Et pour respecter la règle déontologique relative à la confidentialité, nous avons change leurs noms, afin de garder l'anonymat.

V.2 Présentation des cas

V.2.1 cas de Walid

Walid est un jeune garçon âge de 15ans, il est la fratrie de quatre membres, il est atteint d'une infirmité motrice cérébrale depuis sa naissance. Issu d'une famille de niveau économique stable, il se déplace avec la voiture pour aller à l'école. Il a été insère dans le centre depuis 2008. Il un niveau mental léger et un retard de quatre ans. Fils de monsieur A âge de 45 ans, fonctionnaire dans le secteur public et madame S âgés de 40 ans, femme au foyer, ils ont 4 enfants âges de 20 ans, 18 ans, 15 ans et 12 ans.

L'entretien avec la maman de Walid

Durant notre entretien, la maman de Walid nous affirme qu'elle a remarqué que son enfant a un problème dès son naissance. «Walid a été scolarise à l'âge de 7 ans dans une école ordinaire, il a doublé plusieurs fois de la même classe à cause de ses difficultés d'apprentissage, mais aussi, il ne suit pas les cours régulièrement dans son école à cause de son handicap. L'idée de changement d'école a été proposé par son frère, après être renseigné sur ce centre (association)», ensuite les parents ont a pris la décision de l'inscrire. Avant de l'inscrire, il a passe de test pour confirmer son niveau mental (retard mental), et il est inscrit à l'âge de 12ans préscolaire.

L'entretien avec l'enseignant de Walid

L'enseignant nous a dit « les premiers temps, il s'isoler parce que il ne connaissait personne, et après j'ai commence à travailler avec lui et ses camarades de classe, avec le temps il est à arrivé à s'intégrer, il a commencé à jouer avec ses camarades, il s'est fait des amis, et je l'ai entendu plusieurs fois parler de filles avec ses amis».

Les activités pédagogique, le calcule, il fait d'addition simples sans retenue, calendrier, alphabétisation, il connait tout même il arrive à lire des mots progressivement, il oublie les actions, le sortie pédagogique, il ne pose pas de problème, il connait les dangers de la route, il est trop agite, calcule pratique, il connait la monnaie, informatique, il allume et éteigne l'ordinateur, langage, il construit des phrases simples.

Walid c'est un droitier, il utilise pour écrire et effacer le tableau, c'est quelqu'un de timide. L'enseignant rajoute « Walid aime l'école il se sent bien, l'apprentissage prend

cartaient du temps mais, il arrive à assimiler les cours, il présente des difficultés durant la lecture et il ne reconnaît pas les mots et les lettres».

L'entretien avec Walid

Walid ma dit, «qu'il aime son école actuelle pas celle d'avant, parce que ici c'est mieux, j'ai des amis, on joue ensemble et les cours sont à mon niveau, mon enseignant elle est bien, tout le monde est bien » Il fait ses devoirs, il reçoit des encouragements de la part de sa famille et de ses camarades.

L'analyse de l'entretien La maman de Walid a accepté de participer dans le travail de recherche et d'effectuer un entretien avec nous. Avant de commencer l'entretien avec elle, elle ma demandé de parler en kabyle, parce que elle ne peut pas me répondre dans une langue étrangère.

Durant l'entretien avec elle, j'ai remarqué qu'elle était un peu triste, surtout quand elle parle de son fils. Elle ma parle au début de la naissance de son fils, qui m'étaient pas facile pour toute la famille, un choc, de la culpabilité....

L'enseignant nous a signalé qu'il présente des difficultés de lecture.

Il est stable, sociable, il arrive à répondre aux questions même si n'est pas à 100%. Walid, était accompagné de sa éducatrice, dans son barreau. Lors de l'entretien avec Walid, il a confirmé qu'il aime beaucoup l'école, il préfère l'école que de rester à la maison. Il aime son enseignant et ses camarades, il fait ses devoirs il n'oublie pas, à l'aide de ses frères à la maison.

Walid, atteint d'infirmité motrice cérébrale, qui a de bonnes relations avec tout le monde, il aime aller à l'école, Joie, social, qui aime discuter avec ses camarades et qui à un bon niveau, qui a un bon vocabulaire.

• L'analyse et l'interprétation des résultats de ces épreuves

A l'épreuve de schéma corporel, dans l'attitude des bras Walid a eu deux réponses approchées : fig. 15, (2, 3) et deux réponses fausses : fig. 15, (1, 4). Dans l'attitude des mains Walid a eu trois fausses : 15. (1, 2, 4) Et une réponse approchée : fig. 15. (3). Ce qui signifie que Walid a des difficultés dans la mémorisation de ces positions.

Avant de passer le test de Head, on a demandé à Walid s'il distingue entre la main, gauche et droite, il a répondu positivement. Lors de la reproduction des différentes positions, ses réponses étaient comme suit : 5 réponses correctes dans les planches (1, 2, 4, 5, 6, 7) et deux réponses fausses dans les planches : (3, 8). Walid a obtenu un score de 6/8, donc elle n'a pas dépassé la moyenne (6/8). Après de ces résultats, on constate que Walid distingue la droite de la gauche. Il présente des problèmes de l'acquisition du schéma corporel.

V.2.2 cas de Nabil

Nabil âgé de 15ans, l'ainé d'une fratrie de trois membres, dont un frère et une sœur, le père est un maçon et la mère est une femme au foyer. Il a été insérer depuis l'année 2008.

Nabil présente une infirmité motrice cérébrale, son niveau mental est léger. Il est pris en charge depuis l'âge de trois ans par un spécialiste, qui a été recommandé par les amis des parents. Il n'a jamais insère dans école jusqu'à l'âge de 10ans. Fils de monsieur Y âge de 39ans, niveau scolaire moyen il na pas eu le bac, et de madame S âge de 36ans femme au foyer, ils ont deux garçons, Nabil l'aine et Ramy 12ans et une fille 8ans.

L'entretien avec la maman de Nabil

La maman de Nabil, nous dit qu'elle il a accepté de nous parler, parce qu'elle qu'aujourd'hui elle est fière de son fils, y a une amélioration surtout au niveau de motricité. Le handicap de son fils été un choc dans la famille. Son père travaille beaucoup, c'est moi qui m'occupe de la famille.»

« Il na jamais été inscrit dans une école ordinaire, parce qu'on ne croit pas ce donnerait des résultats. Moi et son père, on l'inscrit dans cet établissement, centre (associations), après être renseigne, ou il a passe des tests d'abord pour s'inscrire, il a été inscrit avec l'âge de 12ans au préscolaire. Pour aller a l'école, il se déplace tout seul, au début je l'accompagnais, parce que je m'inquiétais de le laisser tout seul et il ne connaissait pas le chemin de l'école. Mais maintenant je ne le suis plus»

L'entretien avec l'enseignant de Nabil

L'entretien avec l'enseignant nous informe que Nabil est un élève calme, social parle peu, il a des difficultés d'apprentissage dans la lecture et l'écriture, mais il arrive à assimiler les cours avec le temps, il communique avec ses camarades de classe, il participe un peu dans la classe, il est timide.

Concernant les activités pédagogique, il connaît la monnaie, il a un bonne vocabulaire, il connaît tout l'alphabet, dictée, cours d'acquisition, il lit progressivement, pas claire mais lisible, la latéralité, gauche et droite acquis

L'entretien avec Nabil

Nabil, était accompagnée de sa éducatrice, il a dit qu'il aime son enseignant, parce que elle est gentil avec lui et avec tout le monde. Il dit qu'il aime l'école même avec son handicap qui les difficultés lors de l'apprentissage. Il aime ses camarades de classe, il joue avec eux. Il fait ses devoirs a la maison avec sa famille.

L'analyse de l'entretien

L'entretien avec la maman, nous a permis de constater qu'elle n'était pas triste, elle voit son fils sans handicap. Il s'habille seul, se douche sans aide. Pour l'enseignant, Nabil pourra, avec le temps, faire ses activités de la façon meilleure avec la prise en charge du centre. Nabil présente une joie immense suite à sa présence au centre, il n'a jamais présente des signes de malaise ou bien de dégoût pendant le cours. Nabil, aime l'école ses amis, camarades et sa famille. Il est la plus part du temps avec son meilleur ami. Il préfère passer son temps à l'école qu'à la maison, il a un niveau préscolaire bonne. Nabil est un jeune garçon qu'est atteint d'IMC, qui a des bonnes relations avec ses camarades ainsi que son enseignant, qu'a donne des résultats positif.

- l'analyse et l'interprétation des résultats de ces épreuves A l'épreuve du schéma corporel, dans l'attitude des bras, toutes les réponses de Nabil sont approchées : fig. 15. (1, 2, 3, 4), Où elle a commis la faute n°1 (toucher la tête) : fig. 15. (1). Dans l'attitude des mains, trois réponses sont fausses : fig. 15. (1, 2, 4). Et une réponse approchée : fig. 15. (3). Ce qui explique les difficultés de remémoration des différents positions.

Dans le test de Head, on a remarqué pendant la reproduction de ces planches que Nabil confond entre la main gauche et la main droite. Les bonnes réponses sont dans les planches (1, 3, 5, 7) et les fausses réponses ont été dans les planches (2, 4, 6, 8) donc il a obtenu un score 4/8, note qui n'est pas conforme a la norme.

Il présente un retard un retard dans l'acquisition du schéma corporel. Les difficultés de l'apprentissage de la lecture chez Nabil sont la conséquence du problème de latéralité. Ce qui explique les difficultés de mémorisation de différentes positions.

V.2.3 cas d'Omar

Omar, est un adolescent âgé de 15ans, issu d'une famille d'un niveau économique moyen, le père âgé de 40ans et de madame E âgé de 36ans, et femme au foyer, une fratrie des trois membres, deux garçons et une fille, été insère dans le centre depuis 2008. C'est un IMC, il a un niveau mental léger il a un retard mental de quatre ans, accompagné par un trouble de langage.

L'entretien avec la maman d'Omar

Selon la mère, « au début il était un enfant difficile à cause de handicap, le père est souvent absent. Mais on ne fait pas la différence entre nos enfants, Omar à un sentiment d'insécurité surtout de son père qui reste souvent loin de la maison. Il préfère le centre que la maison parce que il se sent bien la bas surtout avec ses amis, en dehors du centre, il n'a pas d'amis, parce qu'il n'aime pas fréquente les gent dehors ».

L'entretien avec l'enseignant d'Omar

L'enseignant nous informe que les relations d'Omar avec les enseignants, et ses camarades sont bonnes, son handicap lui cause des difficultés d'apprentissage, au niveau de la lecture et d'écriture. Pour assimiler les cours il prend du temps, ce qui est normal dans son cas. Il est très timide, il est gentil, il respecte les consignes données en classe.

Concernant les activités pédagogique, calcul, il fait l'opération de l'addition simple sans retenue, il connaît toute l'alphabet, lit des mots simples mais parfois il oublie, il s'oriente pas l'espace. Il présente des difficultés durant la lecture, elle ne reconnaît pas les mots et les lettres. Chose qu'on constaté durant l'épreuve de lecture et de dictée d'un texte.

L'entretien avec Omar

Omar était accompagné de son éducatrice « il nous a dit qu'il aime son école, parce qu'ici, il a fait des amis. Même si à la maison, leurs parents ne font pas la différence entre lui et ses frères et sa sœur, il joue avec eux, il passe de bons moments avec eux, il aime participer aux activités faites au centre ».

L'analyse de l'entretien

Omar, arrive à assimiler les cours, il ne participe pas au cours à cause de trouble de langage oral, il est social, il entretient de bonnes relations avec les membres de sa famille, il aime jouer.

Omar est un IMC, qui aime étudier, et discuter avec ses camarades, calme, souriant, timide, qui aime sa famille.

- **L'analyse et l'interprétation des ces résultats**

A l'épreuve du schéma corporel, dans l'attitude des bras, les réponses d'Omar sont : trois réponses correctes : fig. 15. (2, 3, 4), et une réponse fautive : fig. 15. (1), où il a commis la faute n°1 (toucher la tête). Dans l'attitude des mains, Omar a eu trois réponses fautes : fig. 15. (1, 2, 4). Et une réponse approchée : fig. 15. (3). Ce qui explique par des difficultés de mémorisation et manque de concentration durant la reproduction des différentes positions.

Dans le test de Head, on a remarqué que Omar confond entre la main gauche et la main droite, il a obtenu un score de 6/8. Ces reproductions sont correctes dans les planches (1, 3, 5, 6, 7, 8), et fautive dans les planches (2, 4), de ce fait il n'a pas dépassé la moyenne. Ces difficultés de l'apprentissage de la lecture de Nabil sont la conséquence de la latéralité.

V.2.4 cas de lolo

Lolo, est un adolescent atteint d'IMC, âgé de 15ans, issu d'une famille modeste, et d'un niveau socio-économique moyen, troisième d'une fratrie de quatre enfants ; deux

garçons et deux filles, il est inséré dans le centre depuis 2005. Un niveau mental léger et un retard de quatre ans de l'âge mental. Fils de monsieur N âgé de 42ans commerçant, et de madame C âgé de 39ans femme au foyer.

L'entretien avec la maman de lolo

Lolo, vit dans un environnement familial favorable, « moi et son père nous sommes compréhensifs, inquiétants pour lui, il a de bonnes relations avec ses frères et sœurs tous les membres de sa famille. Il aime venir au centre, il ne fait pas la différence entre la maison et le centre, est une personne sociable, il se sent à l'aise dans n'importe quel lieu, au centre et en dehors de la centre».

L'entretien avec l'enseignant de lolo

L'entretien avec l'enseignant de lolo, est bien passé. Elle a dit qui le lolo présenté des difficultés de l'apprentissage, les difficultés les plus fréquentes sont celles de la lecture. Il des difficultés à distinguer entre les mots, et confondent les lettres lors de la lecture.

L'entretien avec lolo

Lolo, était accompagnée de son éducatrice, il dit « J'aime venir au centre d'ailleurs, j'ai des amis en dehors de la centre, et au centre aussi, mais je préfère mes amis qui sont au centre parce que je passe plus de temps avec eux, ce n'est pas que je n'aime pas mes autres amis dehors. J'aime mon école, je tout le monde, mes parents sont toujours la pour moi ».

L'analyse de l'entretien

Lolo, a un soutien familial et ce soutien lui apporte un sentiment de sécurité. Pendant l'entretien, il était coopératif, il garde le sourire tout au long de l'entretien, sauf dans la partie des informations sur son corps, il a été un peu timide et complexé, mais il a comme même témoigné un transfert positif envers nous.

Lolo, atteint d'infirmité motrice cérébrale, qu'aime sa famille, et ses camarades du centre, sociable, un peu timide, il fait ses devoirs à la maison.

L'analyse et l'interprétation des résultats de ces épreuves

A l'épreuve du schéma corporel. Dans l'attitude des bras, les réponses de lolo sont correctes : fig. 15. (1, 2, 3, 4) deux parmi elles sont inversées : fig. 15. (3, 4) L'attitude des mains, deux réponses sont fausses : fig. 15. (1, 3) et deux autres sont approchées : fig. 15. (2, 4).

Dans le test de Head, Lolo a atteint un score de 3/8, les trois réponses correctes sont dans les planches (3, 5, 7) et les cinq réponses fausses sont dans les planches (1, 2, 4, 6, 8) le score est hors de norme (6/8). Ce qui s'explique par la non acquisition des

notions de droit et de gauche. On peut dire de l'apprentissage de la lecture présentées par lolo sont la conséquence de problème de latéralité et l'acquisition du schéma corporel.

V.2.5 cas de Tarik

Tarik, est un adolescent atteint d'infirmité motrice cérébrale, âgé de 18ans, issu d'une famille modeste, et d'un niveau socio-économique moyen, il est le quatrième d'une fratrie de cinq enfants. D'un père maçon âgé de 51ans et d'une mère au foyer âgé de 42ans. Il a été adressé au centre en 2006, dans un cadre d'insuffisance mentale, c'est un IMC d'une hémiplégié droite, il exécute les consignes difficilement vu la lenteur de sa compréhension verbale, il n'a jamais été scolarisé à cause de son handicap moteur et de son retard au niveau de langage. Il a un retard de quatre ans d'âge mental.

L'entretien avec la maman de Tarik

La maman nous informe que Tarik « aime venir au centre, il est souvent accompagné par moi parce que son père travaille et ses frères et ses sœurs vont à l'école, il a un retard dans le développement psychomoteur, la station debout et la marche ont été acquises à un âge tardif, « plus de trois ans », du à l'hémiplégié.

L'entretien avec l'enseignant de Tarik

Ses difficultés d'apprentissage sont liées à la lecture et d'écriture, vu son handicap. Problème de reconnaissance des lettres, incapacité de lire certains mots, il s'arrête pendant la lecture. Il connaît et lit toute l'alphabet, lit des mots simples et écrit des mots simples.

Entretien avec Tarik

Durant l'entretien, il était calme, écoute attentivement nos paroles même s'il n'arrive pas à expliquer facilement ses idées, ses pensées à cause de son retard dans la parole, il utilise souvent les gestes et des mots simples pour répondre `nos questions. Il aime le football, et aime le film de Batman il dit c'est un héros, il veut devenir comme lui. Il a des amis dans le centre.

L'analyse de l'entretien

Il ne présente pas de troubles de personnalité comme l'anxiété, de stress, son environnement familial et social est favorable, il a un sentiment de confiance et de sécurité, il arrive à suivre ses cours il fait ses devoirs à la maison avec l'aide de sa famille. Atteint d'une IMC hémiplégié, il se sent pas mal à l'aise, il aime jouer, aime sport, il aime son école, il est bien intégré dans son école.

- **L'analyse et l'interprétation des résultats de ces épreuves**

À l'épreuve de schéma corporel, toutes les réponses de Tarik sont fausses, dans les deux attitudes (main et bras) il a commis des fautes n° 1 (toucher la tête) : fig. 15. (1) et la faute n° deux dans la fig. 15. (2). Ce qui explique des difficultés de se mémoriser.

Dans le test de Head, Tarik a obtenu un score de 1/8. Une réponse correcte dans la planche (2) et sept réponses fausses dans les planches (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8) ce qui signifie qu'il est au-dessous de la moyenne (6/8) la non acquisition de notion de droite et de la gauche. Les difficultés de l'apprentissage de la lecture présentées par Tarik sont liées des problèmes de la latéralité et du schéma corporel.

V.2.6 histoire de cas de Toufik

Toufik est un adolescent de 16ans, issu d'une famille modeste, et un niveau socio économique moyen, il est le troisième d'une fratrie de quatre enfants deux filles et deux garçons. Il a été adressé au centre en 2009, dans un cadre d'insuffisance mentale, il était déjà scolarisé à l'âge de 6ans pendant quatre ans. A l'âge de deux mois, il a convulsé. Le développement psychomoteur de Toufik présente beaucoup de difficultés au niveau de la coordination à cause de son hémiplégie, il a un langage moyen clair.

Entretien avec Toufik

Il était accompagné du responsable pédagogique, pendant l'entretien avec lui, il était calme, écoutait attentivement nos questions, et il a montré une bonne collaboration avec nous ce qui montre qu'il a un transfert positif envers nous.

L'entretien avec l'enseignant

C'est un élève, calme, timide, participe pendant au cours, et il arrive à assimiler ses cours, il fait ses devoirs, mais il a des difficultés dans l'écriture et il arrive aussi à lire mais avec des difficultés, il connaît toute l'alphabet en arabe, il demande de l'aide à ses camarades pendant les activités en classe, peur d'avoir un échec, le rendement scolaire est satisfaisant, il a des difficultés lors l'expression mais c'est compréhensible, il est bien adapté, pour se déplacer il ne demande pas de l'aide parce qu'il n'aime pas, un bon comportement.

Son environnement familial

Toufik, est un garçon qui aime beaucoup sa famille, et il a des bonnes relations avec ses parents et son frère et ses sœur, dans la famille il est dynamique, il aime aider son père et sa mère. Ses parents ne font aucune différence et il joue avec lui sans préférence.

Son environnement social

Toufik, est un adolescent qui aime venir au centre, il préfère le centre que la maison, parce qu'au centre, il retrouve ses camarades et ses amis, en dehors du centre, il a des amis aussi, d'après lui il était scolarisé pendant quatre ans dans une école ordinaire, mais il préfère être au centre, parce ici tout le monde est gentil, il est très heureux ici. Il aime participer aux activités du centre.

Synthèse du cas de Toufik

D'après l'entretien et les observations effectués avec le sujet, on peut dire que Toufik est un adolescent qui vit dans un milieu familial favorable et très calme, il aime beaucoup sa famille, son milieu social est acceptable, il a de bonnes relations avec ses camarades et ses éducateurs au centre, il arrive à assimiler ses cours.

- **L'analyse et l'interprétation des résultats de ces épreuves**

A l'épreuve de schéma corporel, dans l'attitude des bras, Toufik a une réponse approchée : fig. 15. (1) où il a commis la faute n° (toucher la tête), une réponse correcte : fig. 15. (2) et deux fausses dans la fig. 15. (3, 4). Dans l'attitude des mains, il a deux réponses approchées : fig. 15, (1, 2) et deux fausses dans la fig. 15 (3, 4).

Dans le test de Head, Toufik a obtenu un score de 6/8, les six réponses correctes sont dans les planches (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8) et deux réponses fausses sont dans les planches (2,8), ce qui s'explique que Toufik a acquis les deux notions de la gauche et de la droite.

On peut dire que les difficultés de l'apprentissage de la lecture présentées par Toufik sont la conséquence de problèmes de la latéralité et l'acquisition du schéma corporel.

V.2.7 Histoire de cas de Sofiane

Sofiane, âgée de 17ans, issue d'une famille d'un niveau socio économique moyen, d'une fratrie de cinq enfants, dont deux garçons et trois filles, elle est insérée dans le centre depuis l'année 2006. C'est un IMC de cote droit, elle a un trouble de langage léger.

Entretien avec Sofiane

Il était accompagné du responsable pédagogique de centre, L'entretien avec Sofiane, s'est bien déroulé dans un climat favorable, elle était timide au début mais au fur à mesure, elle s'est familiarisée avec nous, elle a répondu spontanément nos questions.

L'Entretien avec enseignant

Pour l'enseignant, Sofiane c'est un élève qui n'aime pas participer en classe absent parfois, mais elle a un niveau de capacité intellectuelle moyen, elle peut assimiler ses cours s'il accepte, souvent calme, isolée, elle présente aussi des difficultés d'apprentissage (lecture et écriture).

Son environnement familial

Son environnement familial est perturbé, plein de conflits, un père agressif envers sa famille, parce que c'est un père alcoolique, avec une mère qui quitte souvent la maison pour partir chez elle à cause de son mari. Elle exprime sa tristesse face à cette situation qui est insupportable, mais d'un autre côté sa relation avec son frère sont bonnes, elle préfère jouer avec lui que ses sœurs, elle a dit que son père ne fait pas la différence entre eux.

Son environnement social

Sofiane. Est une personne qui n'aime pas le centre, il préfère la maison parce qu'il aime rester seul s'isoler la plus part de temps, il n'a pas d'amis ni au centre ni dehors, il ne participe pas aux activités collectives faites au centre et même les excursions et sorties.

Synthèse de cas de Sofiane

D'après l'entretien qu'on a effectué et nos différentes observations on peut dire que le comportement de sujet est marqué par une tristesse, et une peur de sa situation dans laquelle il se trouve, il n'a pas de bonnes relations avec sa famille, il pense même quitter la maison, il n'a pas confiance en lui-même, il présente une image négative à cause de son atteint motrice, ce qui explique il n'est pas satisfait de son corps.

- **L'analyse et l'interprétation des résultats de ces épreuves**

Dans l'épreuve du schéma corporel, les réponses de Sofiane dans l'attitude des bras, deux réponses fausses : fig. 15. (1,2) où il a commis la faute n° 1 (toucher la tête), et deux approchées : fig. 15 (3, 4). Dans l'attitude des mains Sofiane a fait trois réponses fausses : fig. 15. (1, 2, 4). Et une réponse approchée : fig. 15. (3). Ce qui explique les difficultés de mémorisations de certains positions.

Dans le test de Head, a obtenu un score de 7/8, les réponses correctes sont dans les planches (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8) et réponse fausse dans la planche (3), on peut dire qu'il a acquis les notions de la droite et de la gauche.

On peut dire que les difficultés de l'apprentissage de la lecture de Sofiane ne sont pas au problème de la latéralité mais plutôt de l'acquisition du schéma corporel.

V.2.8 histoire de cas de kousseila

Kousseila, est un adolescent âgé de 16 ans, souffre d'infirmité motrice cérébrale de membre inférieurs, issu d'une famille pauvre, père décédé depuis 6ans et mère au foyer, il vit avec la grande famille, il est le quatrième d'une fratrie de cinq enfants : dont deux filles et trois garçons, il était scolarisé avant son intégration au centre et son rendement scolaire est bon, il a été orienté par le directeur de son établissement pour l'insérer dans le centre d'aide des inadaptés mentaux. Depuis 2013. Ou il est actuellement en deuxième année préparatoire. Il a un niveau intellectuel et cognitif moyen, un trouble de langage moyen.

Entretien avec Kousseila

Il était accompagné du responsable pédagogique du centre Pendant l'entretien, il était un peu timide, mais collaborateur, avec moi, il répond nos questions sans crainte, sans ambiguïté ce qui explique qu'il avait un transfert positif envers nous.

L'entretien avec l'enseignant

Kousseilla, est un bon élève, il participe dans la classe et dans les activités, il a une bonne relation avec ses camarades il demande aussi de l'aide parfois, il présente des difficultés dans l'apprentissage de la lecture, et d'écriture aussi. Il fait ses devoirs, il a un bon comportement avec tout le monde.

Son environnement familial

La vie relationnelle de Kousseila, au sein de sa famille est bonne surtout avec sa mère et ses frères, son problème c'est avec ses cousins, quand il a déclaré : « ma relation avec ma mère est bonne et mes frères est bonne mais avec mes cousins, elle est mauvaise ». Et ça engendre des sentiments d'humiliation et de dégoût.

Son environnement social

Les relations sociales de Kousseila, sont limitées, il préfère s'isoler, et ça est remarque dans la diminution de sa participation aux activités du centre, alors ce dernier trouve des difficultés dans ses relations sociales par la timidité, quand il a dit : « les activités me dégoûtent et en plus je ne peux pas courir comme mes amis ».

Synthèse de cas de Kousseila

D'après l'entretien et l'observation on constate, Kousseilla que était marqué par un sentiment d'infériorité et de dévalorisation, même dans sa vie sociale et relationnelle, il a des difficultés, ce qui engendre le comportement d'isolement, mais d'un autre côté, il trouve que son environnement familial est favorable, équilibré.

- L'analyse et l'interprétation des résultats de ces épreuves

A l'épreuve du schéma corporel, les réponses de Kousseila dans l'attitude des bras : deux réponses correctes : fig. 15. (1, 3), Une réponse approchée : la fig. 15. (2), où il a commis la faute n°2 : la fig.15 (2) et une réponse fausse, la n° 3 : la fig. 15. (4). Dans l'attitude des mains, Kousseila a une réponse correcte : fig. 15 (2) et trois réponses approchées : fig. 15. (1, 3, 4). Ce qui explique les difficultés à reproduire certaines positions.

Dans le test de Head, Kousseila a obtenu un score de 8/8. On peut dire que les difficultés d'apprentissage de la lecture ne sont pas le problème de la latéralité, mais d'acquisition de schéma corporel.

On peut déduire que d'autres facteurs entrent en jeu, tels que les facteurs psychologique (la peur, difficultés d'assimiler et d'acquérir des nouvelles connaissances).

V.2.9 Histoire de cas de Lounis

C'est un adolescent âgé de 15ans, issu d'une famille pauvre, père décédé depuis 7ans mère femme de ménage a l'hôpital, il est le deuxième d'une fratrie de trois enfants,

dont une fille et deux garçons, il était inséré dans le centre en 2008, après une insertion dans une école normale, il a refait sa première et sa deuxième année, il a été orienté par son oncle au centre, maintenant il est en deuxième année préparatoire, il a une infirmité motrice cérébrale des membres inférieurs, il avait un niveau intellectuel et cognitif moyen, il est conscient de tout ce qui se déroule autour de lui.

Entretien avec Lounis

Il était accompagné du responsable pédagogique du centre, il s'est présenté avec un air fatigué, triste, timide, il était calme, gentil, la prise de contact avec lui était bonne.

L'entretien avec l'enseignant

Pour l'enseignant Lounis « est un bon élève, il est toujours présent même pendant les cours il participe, il connaît l'alphabet, son écriture est un peu illisible à cause de son problème de motricité, et une difficulté lors de la lecture. Il fait tous ses devoirs.

Son environnement familial

La vie de Lounis, est marquée par un déséquilibre en sein de sa famille et surtout ce qui concerne sa mauvaise relation avec sa mère et ça est démontré quand il a dit « elle se comporte mal avec moi, elle ne me comprend pas, elle est violente, agressive, en plus elle n'a pas de responsabilité je veux quitter la maison », d'après lui sa mère fait la différence entre lui et frères, il préfère jouer avec son oncle, et il reste beaucoup de temps avec lui, parce que lui remplace son père.

Son environnement social

En dehors de sa famille, il a de bonnes relations sociales, parce qu'il préfère le centre que la maison avec ses amis de centre qu'il aime beaucoup et même en dehors de centre il a des amis, il ne fait pas la différence entre ses amis, il a de bonnes relations au centre.

Synthèse de cas de Lounis

À partir de l'entretien effectué et les observations réalisées, on peut dire que le comportement de Lounis, sa participation est limitée au centre, parfois l'isolement du sujet surtout de la part de sa famille, un sentiment d'insécurité, il suit ses cours.

- **L'analyse et l'interprétation des résultats de ces épreuves**

À l'épreuve du schéma corporel, les réponses de Lounis sont correctes dans l'attitude des bras : fig. 15. (1, 2, 3, 4), et inversée : fig. 15. (4). Dans l'attitude des mains les réponses sont approchées dans la fig. 15. (1, 2, 3, 4). Ce qui explique les difficultés de reproduire certaines positions.

Dans le test de Head, Lounis confond la main droite et la main gauche, mais finalement il a réussi à obtenir un score de 6/8, six réponses sont correctes dans les planches (2, 3, 4, 5, 6, 7) et deux réponses sont fausses dans les planches (1, 8).

On peut dire que les difficultés de l'apprentissage de la lecture présentées par lounis ne sont pas le problème de la latéralité mais d'acquisition du schéma corporel. Il se pourrait aussi que d'autres facteurs peuvent expliquer les problèmes de lecture notamment certains facteurs psychologique (inhibition, peur ou timidité).

V.2.10 Histoire de cas de Sophie

Sophie est un adolescent âgé de 16ans, issue d'une famille modeste, et d'un niveau économique moyen, elle est la troisième d'une fratrie, de quatre enfants deux filles et deux garçons, dont le plus jeune est atteint d'une trisomie 21, est un père âgé de 45ans, et d'une mère âgée de 40 ans, femme au foyer, elle a été adresse au centre en 2010, elle a été scolarisé à l'âge de 6 ans

Entretien avec Sophie

Elle était accompagnée du responsable pédagogique de l'établissement. Elle était calme, souriante, elle écoute attentivement, elle a répondu à toutes les questions posées.

L'entretien avec l'enseignant

Elle possède un bon niveau de compréhension ainsi qu'une bonne capacité d'assimilation, elle a un comportement social acceptable, avec tout le monde, elle fait ses devoirs, elle participe aux activités du centre. Mais elle présente une difficulté d'apprentissage à cause de son handicap elle n'arrive pas à exprimer certains mots (lecture), et son écriture n'est pas claire, à cause de son trouble de la motricité.

Son environnement familial

Sophie est une fille qui aime sa famille, elle aime aider sa mère dans la cuisine et d'autres tâches ménagères, pas de différence entre elle et ses frères et ses sœurs.

Son environnement social

Sophie, aime venir au centre, elle passe de bons moments avec ses camarades, elle aime le sport, et en plus elle trouve des filles comme elle

Synthèse de cas de Sophie

D'après l'entretien et les observations effectuées avec le sujet, on peut dire que Sophie est un adolescent sociable, qui aime sa famille, ses camarades, et à un niveau scolaire satisfaisant.

- **L'analyse et l'interprétation des résultats de ces épreuves**

Dans l'épreuve du schéma corporel, Sophie a une seule réponse correcte dans la fig. 15. (1), deux réponses approchées : fig. 15. (2, 4) Elle a commis la faute n° 2 : fig. 15. (2), dans l'attitude des bras, par contre dans l'attitude des mains elle a eu trois réponses fausses : fig. 15. (1, 2, 4) Et une seule réponse approchée : fig. 15 (3)

Dans le test de Head, Sophie a obtenu un score de 7/8, sept réponses correctes sont dans les planches (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8) et une réponse fausse et dans la planche (4) ce qui explique qu'elle a une bonne connaissance de la partie droite et gauche de son corps. On peut dire que les difficultés d'apprentissage de la lecture présentées par Sophie sont les résultats de la latéralité et d'acquisition de schéma corporel.

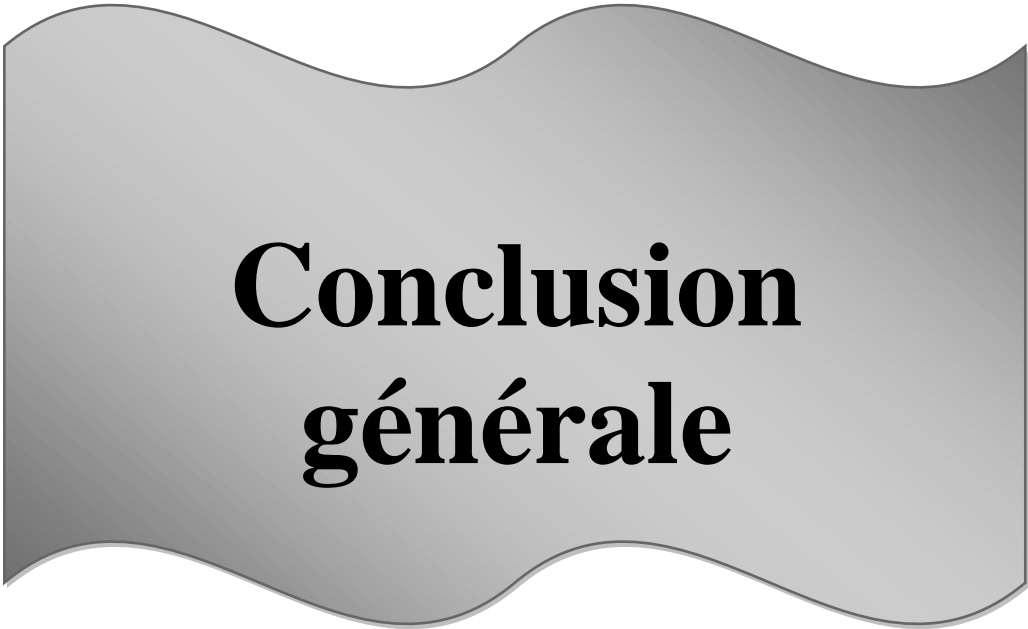
V.2 Discussions des hypothèses

Les problèmes de la latéralité ont des incidences sur l'apprentissage de la lecture, on a confirmé cette hypothèse par les résultats du test de Head et du schéma corporel qui ont permis de révéler les problèmes de la latéralité chez certains sujets.

L'apprentissage de la lecture, dépend d'une bonne structuration du schéma corporel. Le corps est au centre de tout apprentissage, rappelons que le schéma corporel est la conscience de la connaissance que l'on a de son corps, et cette conscience de connaissance du corps se réalise par l'intégration psychique de toutes les perceptions sensorielles interne et externe et se manifeste par la représentation mentale. **(Lacombe, J., 1996, p. 122)**

Ce qu'on a pu constater à travers l'étude de dix cas, et l'analyse des épreuves du schéma corporel, par lesquelles on a confirmé cette hypothèse. Par ce que tous les cas étudiés présentent un retard dans l'acquisition du schéma corporel.

Pour cela, on peut citer les différents travaux des recherches spécialisés dans l'étude de la lecture, qui démontrent que les méthodes à départ global sont moins efficaces que celles enseignant systématiquement le décodage, tout particulièrement pour les enfants les plus fragiles.



**Conclusion
générale**

Conclusion

Cette recherche intitulé « les difficultés d'apprentissage de la lecture chez les adolescents IMC », qu'on été réalisé au sein de deux centres (d'inadapté manteaux et psychopédagogique), que se situent à Bejaia nous a permis de déterminer les difficultés d'apprentissage de la lecture chez les adolescents IMC.

Durant notre recherche, on a été confronté à plusieurs difficultés pour réaliser ce travail.

L'apprentissage de la lecture est un mécanisme complexe et merveilleux. Qui n'a pas été en admiration devant la rapidité avec laquelle un enfant passe du stade de la connaissance de quelques lettres de l'alphabet à la lecture des phrases.

La latéralité se construit progressivement avec l'âge et l'exercice sur la base d'une asymétrie cérébrale de la lecture.

Notre étude à porte sur l'influence des problèmes de la latéralité sur les difficultés de l'apprentissage de la lecture.

Les résultats des épreuves proposés par 10 cas âge de 15 à 18ans dans le cadre d'une étude descriptive, les difficultés d'apprentissage de la lecture chez les adolescents peuvent être importants.

Cette recherche sera une contribution modeste à de nouvelles études ultérieures, qui pourront compléter nos résultats, ciblant les autres facteurs susceptibles de provoquer une difficulté de l'apprentissage de la lecture, tels que les facteurs psychologiques et sociologiques.

La liste bibliographique

Ouvrages

- 1- Angers, M., (1997), Initiation pratique à méthodologie des sciences humaines, Alger, éd. Casbah Université.
- 2- Ajuriaguerra, J., (1980), Manuel de psychiatrie de l'enfant, paris, tome 1, 2^{ème} éd. Ed. Masson.
- 3- Bernard, P., (1977), Sémiologie psychiatrique, paris, éd. Masson.
- 4- Borel-Maisonny, S., (1973), Langage oral et écrit, (pédagogie des notions de base), Paris, tome I, éd. Delanchaux et Niestlé S. A., Neuchâtel (Switzerland).
- 5- Borel-Maisonny, S., (1986), Langage oral et écrit, épreuves sensorielles et test de langage, paris, tome II, 8^{ème} éd, éd. Delanchaux et Niestlé.
- 6- Catheline, K., et Benony, H., (2003), Méthodes, évaluation et recherché en psychologie Clinique, Paris, éd. Dunod.
- 7- Charaoui, K., et Benony, H., (1999), l'entretien clinique, Paris, éd. Dunod
- 8- Dailly, R., Moscato, M., (1984), Latéralisation et latéralité chez l'enfant, Bruxelles, éd. Pierre Mardaga.
- 9- De Man-De Vriendt, M.-J., (2000), Apprentissage d'une langue étrangère /seconde, Volume I, parcours et procédures de construction du sens, Bruxelles, éd. De Boeck Supérieur.
- 10- Ghiglione, R., et Richard, J.-F., (2003), cours de psychologie : Bases, méthodes et épistémologie, Paris, éd. Dunod.
- 11- Ghiglione, W.-B., (2006), bien parler, bien lire, bien écrire, Donnez toutes leurs chances à vos enfants, 1^{er} éd, éd. Eyrolles.
- 12- Gravel, R. J., (1980), GUIDE Méthodologique de la recherche, Québec, éd. Les Presses de l'université de Québec.
- 13- Grawitz, M., (2001), Méthodes des sciences sociales. Paris, 11^{ème} éd, éd. Dalloz.
- 14- Juhel, J.-Ch., (1989), Aider les enfants en difficulté de l'apprentissage, Canada, éd. Les Presse de l'université Laval.
- 15- Lacombe, J., (1996), (2007, 3^{ème} éd), le développement de l'enfant de la naissance à 7ans (approche théorique et activité corporelle), Bruxelles, éd. De Boeck & Larcier s. a.
- 16- Lehalle, H., Meillier, D., (2005), psychologie de développement, enfance et adolescence (Cours et exercices) 2^{ème} éd, paris, éd. Dunod.
- 17- Mazeua, M., (2005), Neuropsychologie et troubles des l'apprentissages, Des symptômes à la rééducation, paris, éd. Masson
- 18- Mialaret, G., (2006), psychologie de développement, paris, 2^{ème} éd, éd. Presse Universitaire de France, Que sais-je ? Puf.
- 19- Oldfield, R. C., (1971), Questionnaire de d'Edinburgh.
- 20- Romdhane, M. N., et al. (2003), l'apprentissage de la lecture : perspectives comparatives, France, éd. Presses Universitaires de Rennes.

- 21- -AMIEL-TISON C., L'infirmitté motrice d'origine cérébrale, Paris, Masson, 2004, 318p.
- 22- Pialoux, P., et al., (1975), Précis d'orthophonie, Paris, éd. Masson & C éditeur.
- 23- -LE METAYER M., Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant. Education thérapeutique, Paris, Masson, 1993, 179p.
- 24- TRUSCELI D., Les infirmités motrices cérébrales : Réflexions et perspectives sur la prise en charge, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008, 473p.
- 25- -LAUNAY C., BOREL-MAISONNY S., Les troubles du langage, de la parole, et de la voix chez l'enfant, Paris, Masson et Cie, 1975, 395p.
- 26- -CHEVRIE-MULLER C., NARBONA J., Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques, 3e édition, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2007, 624p.

Dictionnaires

- 1- Bloch, H., et al. (1999), Grand dictionnaire de la psychologies, Paris, éd. Larousse-Bordas.
- 2- Sillamy, N., (2003), Dictionnaire de psychologie, paris, éd. Larousse-vuef.
- 3- Sillamy, N., (1980), Dictionnaire encyclopedie de psychologie, Paris, éd. Bordas.
- 4- Champy, PH., et Eleve, CH., (2002), Dictionnaire encyclopedique de l'éducation et de la formation, France, 2^{ème} éd, éd. Nathan/vuef

Articles

- 1- Bruer, R., « perception du visage humain et différences cérébrales hemispheriques chez le sujet normal». In : l'annee psychologique. 1980 vol.80, n°2. Pp. 631-653. Doi : 10.3406/psy. 1980.28342. URL : http://xxx.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_00035033_1980_nu_m_80_2_28342. consulté le 12. 12.2011.
- 2- Decety, J. et Boisson, D., (1997), anticipation, représentations et schéma corporel à la lumière des neurosciences cognitives, in « Annales de réadaptation et de Médecine physique « Volume 40, Issue 2, paris, éd Elsevier, pages 63-73.

3-Dimitrios, S., « Schéma corporel et comportement social chez l'enfant présentant des troubles scolaires » Apprentissage dans l'espace transitionnel d'un atelier de création, psychologie clinique, 2009/2 N° 28, p.170-178. Url :

<http://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-2009-2page-170.htm>.

4-Lerbet, G., la dominance latérale. In : l'année psychologique. 1965 vol. 65, n°2. Pp.411-438. Doi : 10.3406/psy. 1965.27442. Url :

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_00035033_1965_num_65_2_27442

5-plaza, M., Texte extrait du dossier consacré aux troubles d'apprentissage sous le titre « Les troubles d'apprentissage chez l'enfant, un problème de santé publique ? » Revue ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique) n°26, Mars 1999, p. 33-34 ; revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique. URL :

<http://www.hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?clef=48&menu=111282>.

6-pommier, G., « Droitier ou gaucher ? Sacrifice aux horribles mères », la clinique lacanienne, 2008/1 n°13, p. 191-207. DOI : 10.3917/cla. 013.0191. URL : <http://www.cairn.info/revue-la-clinique-lacanienne-2008-1-page-191.htm>.

7-witting, M., Ontogenèse du schéma corporel chez l'homme. In : l'année psychologique. 1968, vol. 68, n°1. Pp. 185-208. Doi : 10.3406/psy.1968.27604.

Url : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_00035033_1968_num_68_1_27604

Sites d'internet

1-Grossen, M., avec la collaboration de Lannaccone, A., Liengme, M.-J., et avec l'aide technique de Kazemi, J.-P., et Signorelli, V., (Rapport de recherche janvier 1993). Expertise et perception de l'expertise : Effet des processus de comparaison sociale sur l'activité cognitive de l'enfant en situation d'interaction sociale.

<http://www.2.unine.ch/files/content/sites/psy/fules/shared/document/publications/FNRSjauneNo1.pdf>.

2-Valdois, S., 2003, les élèves en difficulté d'apprentissage de la lecture, Url : (www.cndp.fr/bienlire/01-actualite/document/valdois.pdf).

3-Guide apprendre à lire, Url : <http://www.bienlire.education.fr>

4-Schéma corporel et image du corps, Url : <http://esibichat.toile-libre.org/wp-content/uploads/2009/10/Le-sch%C3%A9ma-corporel.pdf>.

