

*Université A. Mira de Bejaia  
Faculté des Sciences Humaines et sociales  
Département Sciences Sociales*



*جامعة بجاية*  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

*Mémoire de Fin de Cycle*

*En Vue de L'obtention d'un Diplôme de Master en Psychologie  
Option: Psychologie Clinique*

*Thème*

*La qualité de vie chez les enfants handicapés  
intégrés dans les écoles ordinaires*

*Etude de neuf cas à école primaire « Chahid MIBARKI Lounis-Melbou »*

*Réalisé par :*

*Mlle : GARTI Nicette*

*Mlle : IDRI Drifa*

*Encadré par :*

*Dr. BOUCHERMA Samia*

**2018/2019**

# Remerciements

*Nous tenons à remercier en premier lieu notre dieu de nous avoir donné le courage, la volonté, la patience, et la santé pour pouvoir réaliser ce modeste travail et nous espérons récolter le fruit.*

*Nous voudrions tout d'abord adresser toute notre gratitude à l'encadreur de ce mémoire 'M<sup>me</sup> BOUCHERMA SAMIA' Pour avoir voulu accepter d'encadrer ce travail et pour la confiance, disponibilité permanente pour sa patience et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter notre réflexion.*

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

*À nos familles et à nos parents qui par leurs contributions, soutiens, prières et encouragement, on a pu surmonter tous les obstacles*

*Ces remerciements vont aussi au corps professionnel et administratif de la faculté des Sciences sociales, pour la richesse et la qualité de leur enseignement et qui déploient de grands efforts pour assurer à leurs étudiants une formation actualisée.*

*On souhaite remercier également le directeur de l'école primaire de, Chahid Mebarki Lounis-Melbou qu'il nous a accueilli pour le temps qu'ils nous ont consacré ainsi que leur gentillesse.*

*Les enseignants de cet établissement qui nous ont apporté leur aide, leur expérience et leur contact, et qui nous ont permis de suivre notre recherche.*

*Nous tenons bien sûr et surtout à adresser un grand remerciement à l'ensemble des enseignants, qui ont accepté de partager un peu d'eux-mêmes en participant à cette étude.*

*Enfin, aux enfants handicapés et leurs parents qui nous ont donnés les renseignements nécessaires permettant d'accomplir ce travail.*

*Merci à tous et à toutes*

**Drifa / Nicette**

**Je dédie ce travail à :**

*A toutes les personnes souffrant ou ayant souffert d'un handicap.*

*A mes très chers parents qui m'ont soutenu durant mes années d'études, que dieu les garde et les protège.*

*A mes chers frères Yanis et Massi qui m'ont encouragé durant mon parcours universitaire, ainsi que leurs fiancés Zahoua et Katia*

*A mes grands-parents que j'aime beaucoup.*

*A ma belle-famille, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheurs, santé et de prospérité.*

*A mes cousins et cousines*

*A mes tantes et oncles ainsi que leurs époux, épouses et enfants.*

*A mes amis qui m'ont toujours encouragé, et à qui je souhaite plus de succès.*

*A notre promotrice Mme BOUCHERMA SAMIA qui a été un soutien de valeur pour la  
Qualité de son encadrement, merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.*

*En fin, pour ceux qui nous ont aidés de près ou de loin dans notre travail.*

NICETTE

# DEDICACE

*Au terme de ces années d'études, je dédie ce modeste travail en signe de respect et de remerciement :*

*À mes chers parents qui sont la source spirituelle de mon éducation et tous ce qui j'ai appris de cette vie, grâce à leurs efforts et leurs sacrifices pour réussir durant ma vie.*

*À M<sup>me</sup> BOUCHERMA(S), pour son aide et son soutien.*

*À ma très chère mère et mon très chers père : 'Nedjima, Allaoua'.*

*À mes chères frères : 'Lounes et Sakina'.*

*À mes chère cousins : 'Youssef, Zoubir, Djoudi' et leurs femmes 'Hammida, Rahima, Saida'.*

*À la mémoire de mes grands-parents paix à leurs âmes.*

*Sans oublier toutes les familles : 'IDRI, IDRIS'.*

*À mes très chères copines 'Faroudja, Hanane' qui ont été toujours avec moi.*

*À Mes adorables cousins : 'Lydia, Ciline, Ines, Sara, Mira, Emily, Léa, Loucef, Arisse'.*

*À ma chère Binôme : 'Necette'.*

*Et a tous ceux et celles qui m'ont aidé de près et de loin.*

***Drifa***

# Sommaire

La liste des tableaux :

La liste d'abréviation :

Introduction générale:

La problématique et les hypothèses ..... 3

Opérationnalisation des concepts ..... 8

## Partie théorique

### Chapitre I : L'handicap

Introduction ..... 9

1) Aperçu historique sur l'handicap ..... 9

2) Les définitions ..... 10

3) Les types de l'handicap ..... 12

3-1) L'handicap moteur ..... 12

3-1-1) Les types de l'handicap moteur ..... 12

3-1-2) Les signes cliniques de l'handicap moteur ..... 12

3-1-3) Les causes de l'handicap moteur ..... 13

3-1-4) Les conséquences de l'handicap moteur ..... 15

3-2) Handicap mentaux ..... 16

3-2-1) Les types de l'handicap mentaux ..... 16

3-2-3) Les causes de la déficience mentale ..... 17

3-2-4) Les conséquences de la déficience mentale ..... 18

3-3) Handicap sensorielle ..... 21

3-3-1) Handicap auditive ..... 21

3-3-1-1) Les types de la surdité ..... 22

3-3-1-2) Les causes de la surdité ..... 22

3-3-1-3) L'anatomie et la physiologie de l'oreille ..... 23

3-3-1-4) Les degrés de la surdité ..... 25

3-3-1-5) Les conséquences sur la surdité ..... 26

3-3-2) L'handicap visuel ..... 27

3-3-2-1) Les types de l'handicap visuel ..... 28

3-3-2-2) Les causes de l'handicap visuel ..... 28

3-3-2-3) L'anatomie et la physiologie de l'œil.....	29
3-3-2-4) La classification de la malvoyance selon l'OMS .....	31
3-3-2-5) Les conséquences de l'handicap visuel.....	32
Conclusion.....	32

## **Chapitre II : La qualité de vie**

Introduction .....	34
1) Aperçu historique sur la qualité de vie .....	34
2) Définition et conception de la qualité de vie .....	35
3) Les concepts de la qualité de vie .....	37
4) Les approches de vue de la qualité de vie .....	38
5) Les domaines de la qualité de vie.....	39
6) La qualité de vie liée à la santé.....	42
7) Les déterminants de la qualité de vie liée à la santé.....	43
8) Les mesures et l'évaluation de la qualité de vie .....	47
9) Les différentes approches pour mesurer la qualité de vie .....	49
10) Les quatre composantes constituées de tout instrument .....	49
11) Les objectifs de la mesure de la qualité de vie.....	50
Conclusion.....	50

## **La partie pratique**

### **Chapitre III : Méthodologie de la recherche**

Introduction .....	51
1) Déroulement de la recherche .....	51
2) La présentation du lieu de la recherche .....	52
3) Présentation de la population d'étude.....	53
4) La méthode de recherche.....	54
5) Les outils de la recherche .....	55
Conclusion.....	58

### **Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses**

Présentation et analyse des résultats .....	59
Cas N°1 : Yacine.....	59
Cas N°2 : Amel .....	63
Cas N°3: Farouk .....	68

Cas N°4: Yasmine .....	72
Cas N°5 : Hinde .....	76
Cas N°6 :Lamia .....	80
Cas N°7 : Hilale .....	83
Cas N°8 : Malika.....	88
Cas N°9 :Merieme.....	92

## **V: Discussion des hypothèses**

Discussion des hypothèses .....	98
Conclusion.....	101

La liste des références:

Annexes:

## La liste d'abréviation

<b>Abréviation</b>	<b>Signification</b>
CIM-10	Classification international des maladies-10
CNAS	Caisse nationale d'assurances sociale
CRDPH	Convention des notions unis relative aux droits des personnes handicapées
dB	DéciBels
DSM 5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-5
DSM IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-IV
LADDH	Ligue algérienne de défense des droits de l'Homme
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONAPPH	Office national d'appareillage et accessoire pour personnes handicapé
ONS	Office national des statistiques

## La liste des tableaux

<b>N°</b>	<b>Titre du tableau</b>	<b>Page</b>
<b>01</b>	Les deux pôles de la qualité de vie positive et négative	<b>08</b>
<b>02</b>	Tableau présente les critères de sélection de population d'étude	<b>53</b>





# **Introduction générale**

### **Introduction générale**

De nos jours, l'intégration scolaire des enfants en situation de handicap est une pratique de plus en plus courante dans les écoles. Cela permet à ces enfants d'expérimenter la socialisation avec leurs pairs, à travers des activités où ils doivent apprendre à se respecter mutuellement.

Le principe d'intégration des enfants et des adolescents handicapés est affirmé dès 1975, dans la loi n° 75-534 du 30 juin relative à l'orientation en faveur des personnes handicapées, qui indique que ces enfants sont soumis « à l'obligation éducative, en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut, une éducation spéciale ». Cette scolarisation devant se réaliser de préférence dans les structures ordinaires.

La première apparition de la notion d'insertion scolaire en Algérie relève des circulaires n°82/2 et 82/048 du 29 janvier 1982 réadaptée par loi de 1996 qui affirme la volonté des pouvoirs publics d'intégrer les enfants et adolescents handicapés à l'école ; Avec la mise en place de l'enseignement fondamental. L'enseignement d'adaptation est un dispositif créé par le ministère de l'éducation nationale, dans ce cadre, un dossier a été préparé, comportant une stratégie globale pour assurer des services médico-psychopédagogiques à cette catégorie d'élèves.

Des recherches faites dès 1975 par l'anglo-saxon Philip Wood sur l'explication du handicap ramènent à une définition en trois parties reconnue et acceptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans les années 80.

Aujourd'hui encore, le concept du handicap n'est pas bien défini pour la plupart des gens, beaucoup sont persuadés qu'une personne handicapée est incompétente. De plus, pendant longtemps on évitait de montrer le handicap et si un enfant était handicapé on préférait l'exclure de la société soit par honte soit par protection, ce qui menait directement les enfants à une situation d'incapacité.

Notre travail de recherche a pour objectif d'étudier la qualité de vie chez les enfants scolarisés qui sont handicapés. Avant d'aboutir à un résultat nous avons choisi comme terrain d'étude le primaire «Chahid Mebarki Lounis-Melbou » ainsi qu'un groupe d'étude de neuf cas, de tous les niveaux. Pour répondre aux hypothèses de notre recherche, nous

avons choisi d'utiliser un entretien clinique semi-directif et un test de dessin de bonhomme. Pour cela, On a abordé dans notre travail un cadre de problématique qui contient: les hypothèses de la recherche, les raisons du choix du thème, l'objectif de la recherche, ainsi que les études antérieures.

Notre travail se compose de deux parties complémentaires :

**La partie théorique :** est organisée en deux chapitres.

**Chapitre I :** ce chapitre inclus le handicap chez l'enfant, dont lequel on a traité un aperçu historique et les définitions de l'handicap en générale, nous présentant aussi les types de handicap et on a donné à chaque type d'handicap des définitions et les causes et les conséquences.

**Chapitre II :** Dans le second chapitre consacré à la qualité de vie, dont lequel on a traité un aperçu historique de la qualité de vie et tous les concepts ayant un rapport avec cette variable et a savoir les approche les domaines et les composantes de la qualité de vie, les concepts: (santé, bien-être) et qualité de vie les mesures et l'évaluation de la qualité de vie.

**Partie pratique:** est organisé en deux chapitres :

**Chapitre III:** la démarche de la recherche et la population d'études Dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête et l'enquête, la méthode utilisé dans la recherche, le lieu de recherche ou nous avons effectué notre stage pratique au sein d'une école primaire « Chahid Mebarki Lounis-Melbou » et on a présenté la population d'étude et ces caractéristiques. Les techniques utilisées (l'entretien semi-directif et test du dessin de bonhomme).

**Chapitre IV:** présentation et analyses des résultats et discussions des hypothèses. En fin on clôture notre recherche par une conclusion générale et une liste de référence et les annexes.

**Concepts clés :** enfants handicapés, qualité de vie, école ordinaire et intégration.



# **Problématique et hypothèses**

### **Problématique et les hypothèses**

Dans la vie, l'individu est confronté chaque jour à des obstacles qui peuvent être dans certains moments un point de changement. Et avoir un enfant handicapé est l'un des obstacles les plus lourds dans la vie de chacune de nous car cette catégorie d'enfant nécessite une prise en charge, psychologique et physique et multiple disciplinaire.

Dans ce cadre le handicap peut se définir d'après le grand dictionnaire de la psychologie (2001) comme : « *une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels* » (H. Bloch & R. Chemama, 2003 :421). Et selon, Claude Hamonet, Le handicap est une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie, compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle, résultant, d'une part, de déficiences ou d'incapacités et d'autre part, d'obstacles découlant de facteurs environnementaux. (Claude Hamonet, 2012 :64).

Le handicap moteur se traduit par : « une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique il peut résulter d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique des muscles ». (Samuel. G. P, 2010 :169)

La personne handicapée moteur, doit pouvoir s'intégrer dans la société dans laquelle elle vit ; surtout quand le handicap moteur survient à une période de l'âge ou l'individu se cherche, se construit ; c'est à dire quand ce handicap survient à l'enfance, cette dernière est « une période de la vie où s'effectue une succession ininterrompue et rapide de changement : dans les situations environnementales physiques et sociales où les enfants sont successivement placés en fonction de leur variation en âge (école...) dans les comportements, actions et réaction que l'on attend d'eux, dans leurs compétences intellectuelles et affectives ». (Osterrieth, P. A, 2004 :28).

La déficience mentale se caractérise par un arrêt, un ralentissement ou un inachèvement du développement mental chez un enfant. Elle peut être liée à un mauvais développement du cerveau, à une maladie, à des difficultés pendant la grossesse, l'accouchement. L'enfant se montre plus lent dans ses apprentissages, son autonomisation et prend plus de temps pour intégrer les consignes. La déficience mentale ne se manifeste pas par un signe mais par un ensemble de signes et peut être accompagnée de différents troubles du langage, du comportement ou du développement.

Par contre les déficiences auditives et visuelles qui touchent toutes deux l'intégrité et l'appareil sensoriel si c'est effectivement leur caractéristique commune, rien de semblable une nouvelle fois entre une atteinte congénitale et une atteinte acquise entre une absence totale de l'ouïe ou de la vue et des déficiences plus légères il en va de même de l'hétérogénéité de développement psychologique. (Michèle Guidette et Catherine Tourette, 2002 :55).

Selon, l'O.M.S (Organisation Mondiale de la Santé) le nombre des personnes handicapées est en augmentation dans le monde, plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, sous une forme ou une autre, soit environ 15% de la population mondiale sur la base des estimations démographiques pour l'année 2010. Ce chiffre est plus élevé que les estimations qui datent des années 1970 et qui évoquaient une proportion aux alentours de 10% pour la charge mondiale de morbidité. Le handicap est aussi mesuré chez les enfants de (0-14ans) on estime qu'il concerne 95 millions d'enfants (5.1%) dont 13 millions (0.7%) ayant un handicap sévère (O.M.S., 2011 :8)

En Algérie (LADDH, 2016), Près de 2 millions de personnes vivent avec un handicap selon les statistiques de l'ONS, présentées par le ministère de la Solidarité nationale et de la Famille, le nombre des personnes handicapées en Algérie est de 1 945 704 personnes, dont 284 073 handicapés moteurs, 73 937 handicapés auditifs, 1 733 62 visuels, 167 331 handicapés mentaux, 85 611 polyhandicapés, 626 711 personnes ont des maladies chroniques, 505 299 personnes ont d'autres handicaps et 29 380 personnes handicapées non déclarées, s'agissant de la répartition de la population des personnes handicapées en Algérie par tranche d'âge, les mêmes statistiques montrent que 131 955 enfants ayant l'âge entre 0 et 5 ans souffrent d'un

handicap, les enfants et adolescents handicapés ayant l'âge entre 5 et 19 ans sont au nombre de 319945. (Azi. I et Hadjerouia. H, 2017 :46)

En 2007, l'Algérie a signé le principal traité international de promotion et protection des droits des personnes en situation de handicap, la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) et l'a ratifiée par le décret présidentiel 09-188 du 12 mai 2009. Cette convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque. (Azi. I et Hadjerouia. H, 2017 :42)

Pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées, le Ministère de la Protection Sociale a créé un organisme pour suppléer la CNAS (Caisse Nationale d'Assurances Sociales) dans la distribution et la fabrication des appareillages dont elle avait la charge. C'est ainsi qu'un office avec le Statut d'EPIC a été créé par décret 88-27 du 09.02.1988 portant « création de l'Office National d'Appareillage et d'Accessoire pour personnes handicapées (ONAAPH) » dont la mission première est de promouvoir l'appareillage, d'appareiller les handicapés et d'aider à leur réinsertion par la création d'ateliers protégés et d'emplois en priorité pour les jeunes handicapés. (Bouzenoune. Y, 2008 :36).

Le monde actuel a connu des progrès dans la prise en charge médicale et psychologique des malades, dans le but de l'amélioration durable de la qualité de vie des malades.

On remarque que la notion de qualité de vie contient plusieurs définitions avec plusieurs approches possibles ce qui explique l'importance dans les premières recherches de l'aspect multidimensionnel. La notion de QDV est le plus souvent confondue avec celle de la vie associée à la santé et de bien-être subjectif. En réalité, c'est la QDV qui est le concept le plus large de tous et plus intégratif, et dont les définitions sont nombreuses et variées. De façon simple, la QDV définit l'état général d'un individu à un moment donné. Certaines conceptions se centrent sur l'état objectif (conditions de vie, santé physique, etc.), d'autres

sur l'état subjectif (ressenti de bien-être par exemple), tandis que certaines composantes (émotionnelle, fonctionnelle, spirituelle, économique, etc.) sont parfois mises en avant, ou au contraire délaissées. (G. Fischer, 2002 :10-11).

Plus généralement, on définit la qualité de vie par « un état général de satisfaction et le bien être, une émotivité équilibrée, une bonne intégration sociale, un état physique satisfaisant ». Le concept de la qualité de vie apparaît ainsi comme multidimensionnel. La majorité des autres s'accorde à reconnaître au moins trois domaines principaux au concept de la qualité de vie : les conditions de vie objectives, l'accès aux ressources et les capacités à les utiliser, le sentiment de bien subjectives. Ces différents domaines peuvent être regroupés en qualité de vie objectives et qualité de vie subjectives. (Michel L Lorca- pierre, 2001 :39).

L'auteur le plus cité dans la littérature médicale est Calman. Celui-ci définit la qualité de vie comme l'écart entre les attentes du patient et ses réussites. Il note que cet écart varie dans le décours de la maladie, qu'il y a lieu de distinguer les potentialités de performances des capacités actuelles de performances et souligne l'importance d'attentes réalistes (attentes réalistes qui peuvent être atteintes soit en améliorant les capacités soit en réduisant les espérances par un traitement psychologique et /ou de réhabilitation adéquat) (In carten, Ph.1991 :73)

«Lepège» évoque les très nombreux potentielles des mesures de la qualité de vie : surveillance de l'état de santé du patient ou groupes de patients, prévention d'incidents graves chez les populations à risque, évaluation de diverses thérapeutiques concurrentes (Surtout lorsqu'elles sont nouvelles), évaluation des conséquences de divers traitements préventifs, amélioration de la pertinence de nombreuses décisions médicale, évaluation plus systématique de l'amélioration ou de la détérioration de la santé et du bien-être des patients, identifications des besoins des usagers. (LEPLEGE, 1999 :12). Et selon «Moulin» (1992) définit l'intégration comme étant « un processus profitable à l'enfant différent, qui doit être considéré comme un participant du groupe et de l'activité qui réunit ce groupe ». Il relève alors l'importance de l'interaction avec les pairs. Toutefois, conscients des difficultés que cela peut engendrer, il continue sa définition « l'enfant handicapé peut être un participant



malgré ses difficultés et sans nécessairement suivre le même programme que ses pairs non-handicapés » (Moulin, J-P, 1992 :46)

Notre travail de recherche avait pour objectif de mieux déterminer la qualité de vie chez les enfants handicapés intégrés dans les écoles ordinaires. Dans le quelle on a adopté une méthode descriptive, et une théorie psychanalytique comme arrière plan théorique qui tente de tenir compte de l'importance des information, elle s'intéresse à l'être humain dans le sens psychologique, et la qualité de vie des enfants et son influence sur l'insertion scolaire.

Durant la pré-enquête que nous avons effectué au niveau de l'établissement (école primaire) à Melbou qui nous a permis une rencontre avec les enfants souffrants de handicap, cette étape à été pour nous une source d'avoir plus d'informations sur notre population d'étude et ce qui nous a amené a s'interrogé sur les effets du handicap sur la qualité de vie ou ces enfants scolarisés qui va constituer l'objet de notre recherche.

Ensuite, nous avons utilisé dans notre recherche un guide d'entretien avec les enfants, leur parents et leurs instituteurs et le teste de dessin de bonhomme pour évaluer la qualité de vie chez les enfants handicapés intégrés dans une école ordinaire, et à partir de la revue de la littérature et de notre pré-enquête, nous avons posé des questions suivantes :

### **Question générale**

- Les enfants handicapés intégrés dans les écoles ordinaires présentent-ils une qualité de vie positive?

### **Question partiel**

- L'handicape a-t-il une influence positive sur le coté relationnelle et à l'adaptation sociale chez les enfants handicapés intégrés au sein des écoles ordinaires ?

### **Hypothèse générale**

- Les enfants handicapés intégrés dans les écoles ordinaires présentent une qualité de vie positive dans tous les domaines.

### **Hypothèse partiel**

- L'handicape a une influence positive sur le coté relationnelle et à l'adaptation social chez les enfants handicapés intégrés au sein des écoles ordinaires.

### **L'opérationnalisation des concepts**

#### **Handicape**

- Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie ;
- Se dit d'une personne incapable d'atteindre ses besoins;
- détérioration de l'état physique ou psychique ;
- incapacité de prendre la responsabilité totale ;
- Mal formation physique ou psychique.

#### **La qualité de vie**

La qualité de vie à deux pôles, l'une est (+) qui signifie une bonne qualité de vie et l'autre (-) qui signifie une mauvaise qualité de vie. Mais il reste à signaler que dans la réalité on ne les trouve jamais dans l'absolu mais les caractéristiques de l'une qui domine l'autre.

<b>La qualité de vie positive(+)</b>	<b>La qualité de vie négative(-)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Bien-être physique et psychique</li><li>- Sensation de bonheur et de joie</li><li>- Absence des maladies</li><li>- Bonne relation et adaptation sociale et amicale</li><li>- La satisfaction de la vie</li><li>- Participe aux loisirs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Souffrance physique et psychique</li><li>- Sensation de fatigue et le stress</li><li>- Sensation de malaise</li><li>- Manque de relation et mal adaptation sociale</li><li>- Péret de gout à la vie</li><li>- Abandon aux loisirs</li></ul>

**Tableau N°01 : Les deux pôles de la qualité de vie positive et négative**



**Partie I**  
**Partie théorique**



**Chapitre I**  
**Handicape**

## **Introduction**

Il existe de multitudes appellations qui désignent le handicap, tel que : déficience, incapacité, différence, des termes que l'on croit synonymes, mais qui sont des réalités bien distinctes, qui souvent se cumulent ou s'entrecroisent. Cela d'une part, et d'autre part ; il y a des difficultés lors de l'utilisation du concept ou lors de la classification des personnes dites handicapées.

Cette préoccupation nous pousse à clarifier les termes tout en commençant par un aperçu historique et par les définitions du handicap et du handicapé en générale. Puis d'expliquer les différents types de l'handicap.

### **1) Aperçu historique sur handicap**

#### **1-1) Dans le monde**

Le terme « handicap » littéralement « hand in cap » en anglais signifie « la main dans le chapeau » apparaîtrait pour la première fois au XVIIe siècle en grand Bretagne pour désigner un chapeau. Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs de courses : « handicaper un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en chargeant au départ d'un poids supplémentaire, ou en l'obligeant à parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus forts d'égaliser les chances de tous les parents ». Si les handicaps sont bien répartis, le résultat de la course devient si incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur des morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au sort le nom du vainqueur.

La notion de handicap fait en tout cas l'objet de controverses non encore éteintes depuis plus d'une vingtaine d'années entre les partisans d'une approche médicale pour qui le handicap est envisagé comme la conséquence d'une atteinte de l'intégrité corporelle et ceux d'une approche socio-environnementale pour les quels le handicap résulte de la confrontation d'un individu particulier avec les exigences de son environnement. (Tournette. C & Guidetti. M, 2014 :17-18).

#### **1-2) En Algérie**

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

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

L'histoire ou l'évolution d'une politique sociale ou d'une action sociale constitue le cheminement de la représentation à travers différentes étapes de développement de la structure sociale. Si les premières formes d'intervention dans le domaine social se limitaient, dans le passé, à des actions d'entraide, de charité et de bienfaisance, c'est devenu une préoccupation de l'état moderne dans un souci d'ordre public et d'équilibre social, après la révolution industrielle.

Caractéristique d'une société moderne, l'action sociale en Algérie traduit la transition et l'éclatement des structures sociales traditionnelles où les mécanismes de socialisation, de régulation voire de prise en charge sont assurés par la famille élargie. Durant les premières années de l'indépendance l'Algérie devait affronter les conséquences des années de guerre ; un bilan lourd sur tous les plans. (Bouchloukh. M, 2008/2009 :17).

## **2) Les définitions**

### **2-1) Handicap**

Le terme « handicap » connaît plusieurs définitions nous retenons les plus courantes :

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, le handicap est la « situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes ». (Hetall. B, 2005 :421).

**Selon la loi n°2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dans son article L.114, affirme que : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Françoise. G et Jean-Michel. A et Philippe. S, 2015 :139).

**Philip Wood en 1980**, « la classification internationale des handicaps et santé mentale », inclut trois axes d'identification du handicap dans le domaine de la santé :

**1) La déficience** : se traduit par « *une perte, une altération d'une structure ou d'une fonction psychologique ou anatomique* » et relève de la santé. Cela correspond à toute perturbation congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure ou des fonctions du corps et de l'individu. Elle affecte de façon durable la croissance, le développement et le fonctionnement de la personne.

**2) L'incapacité** : résulte de la déficience et correspond à « **une réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées normales par un humain** » ; elle se traduit donc par une limitation d'activités ou de gestes utiles à la vie quotidienne et concerne l'interaction avec l'environnement. L'incapacité peut- être permanente ou temporaire.

**3) Un désavantage social** : « *résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)* » au sein de la société. Il se situe aux niveaux d'une limitation des rôles sociaux, de l'intégration dans la société, des réseaux sociaux, ainsi que du rapport de rentabilité et de compétitivité. (Nathalie Nader- Grosbois, 2015 :17).

## **2-2) Handicapé**

**Selon le dictionnaire fondamentale de psychologie**, le terme handicapé est défini comme « une personne atteinte d'un désavantage, infériorité d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels ». (Bloch. H & al, 2003 :421).

**Selon René Lenoir** « Est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mental, de son besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité ». (Romain. L, 2013 :36).

### **3) Les types handicap**

Selon la définition de handicap que tout personne dont l'intégrité physique ou mental est passagèrement au définitivement diminuée, on distingue classiquement trois types de handicap : moteur, mentaux et sensoriel.

#### **3-1) Handicap moteur**

**Selon Gonzales Puell. S,** « le handicap moteur se traduit par perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique il peut résulter d'une atteinte de système nerveux central ou périphérique des muscle ». (Gonzales Puell. S, 2010 :169).

##### **3-1-1) Les types de l'handicap moteur**

Les handicaps moteurs engendrent des déficiences aux origines très diverses, on peut les regrouper en trois catégories :

###### **3-1-1-1) Déficiences motrices acquises**

Elles sont constituées par les séquelles d'accident ou de maladie ayant atteint la fonction motrice au cours de la vie, par exemple : les accidents de la route qui provoquent 1000 paralysés par an dont 1/3 tétraplégique et 2/3 paraplégique.

###### **3-1-1-2) Déficiences motrices d'origine congénitale**

Elles sont dues à des maladies, aux accidents survenus pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement, entraînant des malformations et des destructions organiques chez l'enfant « à l'origine d'infirmités motrice cérébrales ».

###### **3-1-1-3) Déficiences motrices d'origine héréditaires**

Une maladie héréditaire est due à une perturbation de l'information génétique portée par les chromosomes et transmise par l'un ou les deux parents. (Jacqueline. G & Corine. C, 2004 :64).

##### **3-1-3) Les signes cliniques de l'handicap moteur**

Les critères diagnostiques du trouble moteur d'après le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5).



1) L'acquisition et l'exécution de bonnes compétences de coordination motrice sont nettement inférieures au niveau escompté pour l'âge chronologique du sujet compte tenu des opportunités d'apprendre et d'utiliser ces compétences. Les difficultés se traduisent par de la maladresse (p. ex. Laisser échapper ou heurter des objets), ainsi que de la lenteur et de l'imprécision dans la réalisation de tâches motrice (p. ex. Attraper un objet, utiliser des ciseaux ou des couverts, écrire à la main, faire du vélo ou participer à des sports).

2) Les déficiences des compétences motrices du critère (1) interfèrent de façon significative et persistante avec les activités de la vie quotidienne correspondant à l'âge chronologique (p. ex. Les soins et l'hygiène personnels) et ont un impact sur les performances universitaire/scolaire, ou les activités préprofessionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux.

3) Le début des symptômes date de la période développementale précoce.

4) Les déficiences des compétences motrices ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel (un trouble du développement intellectuel) ou une déficience visuelle et ne sont imputables à une affection neurologique motrice (p. ex. Une infirmité motrice cérébrale, une dystrophie musculaire, une maladie dégénérative). (DSM-5, 2015 :86).

### **3-1-3) Les causes de l'handicap moteur**

On peut classer les causes de l'handicap moteur selon leurs origines en deux facteurs principaux : les malformations d'origine génétique, et les facteurs non génétiques induits par le milieu de vie de l'individu.

#### **3-1-3-1) Les causes génétiques**

Il est certain que les facteurs génétiques, déterminent en grande partie la nature définitive des fonctions du facteur, car le noyau de l'ovule fécondé contient des chromosomes portant l'information génétique, et toute anomalie chromosomique provoque des déficiences graves, en peut ajouter à ces facteurs les mariages consanguins fréquents dans notre société arabe.

**3-1-3-2) Les causes non génétiques**

Ils représentent les principales causes de j'handicap moteur, notamment en pays en voie de développement.

**3-1-3-3) Les causes d'origine prénatale**

La grossesse représente une phase très importante pour le fœtus, car toute atteinte de la maman peut entraîner une atteinte à la santé du fœtus, et risque d'être handicapé. Parmi les maladies que touchent la femme enceinte : l'insuffisance rénale chronique, l'intoxication car cette dernière peut causer l'atteinte de l'œil ou le cœur du fœtus.

En outre la toxicomanie, l'alcoolisme, tabagisme, les troubles émotionnels (joie, peur, stress) qui peuvent engendrer un déséquilibre hormonal par conséquent une fragilité osseuse aux facteurs.

**3-1-3-2-1) Les causes relatifs à l'accouchement :** l'accouchement est souvent accompagné de plusieurs risques, notamment l'accouchement prématuré car certains troubles peuvent augmenter le risque d'handicap. Ainsi l'accouchement sans assistance médicale. Car les études ont montré que 92% de l'ensemble des handicapés sont nés à la maison, et 8% seulement sont nés à l'hôpital, dans la société traditionnelle. À partir de cela on peut remarquer la relation entre le lieu de naissance et l'handicap.

**3-1-3-3) Les causes d'origine poste natale**

Dès la naissance toute personne est exposée à des facteurs induit par son milieu de vie, et qui peuvent entraîner un handicap, ce handicap est le résultat de :

**3-1-3-3-1) La malnutrition :** la malnutrition est considérée l'un des plus grands problèmes de la santé mondiale. Car elle touche environ 500 millions personnes en pays en voie de développement, elle a des conséquences néfastes notamment sur les enfants.

L'organisation Mondiale de la Santé (O. M. S) a montré l'importance d'une planification des besoins de l'enfant en particulier lors des cinq premières années de sa vie, la malnutrition selon l'OMS peut rendre l'atteinte de l'enfant de maladie mortelle ou entraîne une invalidité allant jusqu'au handicap permanent, car 250 milles enfants perdent la vision par an, résultat d'une carence en vitamine « A » comme contribue d'autre maladies, telle que la spasticité, le manque de la vitamine « D » et du calcium dans la croissance de divers handicap.

**3-1-3-3-2) La maladie :** se sont les diverses déficiences permanentes qui touche l'individu, et dans certains cas la chronicité de la maladie elle-même est handicap. Comme il y a certaines maladies (infectieuses, tumorales, au traumatiques) qui touchent la maman, ou le bébé directement après l'accouchement.

**3-1-3-3-3) Les accidents routiers :** ils représentent le facteur majeur de l'handicap, car ils sont responsables de 8,5% d'handicapés au monde, estimé à 30 millions ce taux est directement lié au degré de l'urbanisation, la productivité et la situation économique raison pour laquelle les pays en voie de développement en souffrent plus que d'autres.

Les accidents routiers peuvent être le résultat du non-respect du code de la route, l'excès de vitesse, le dépassement dangereux qui contribuent de 35% de l'ensemble des handicaps par jour, et ce en Algérie. En ce qui concerne les piétons, des parcelles, l'Algérie compte 600 milles handicapés par an, soit 35% de l'ensemble d'handicaps est causé par les accidents routiers, les directions du transport ont aussi leur part de responsabilité, face à ce taux élevé d'accidents, et ce par la négligence et les non-prise des mesures adéquates pour limiter ce phénomène.

**3-1-3-3-4) les accidents du travail :** sont aussi dangereux que les autres, et contribuent d'environ 4,5% du taux d'handicap mondial. Ces accidents peuvent être résultats de la circonstance générale liée au travail, ou le résultat de négligence personnel. (Brahimi.S et Bounab. S, 2007 : 18, 19, 20).

### **3-1-4) les conséquences de l'handicap moteur**

La paraplégie, paralysie des membres inférieurs et d'une partie du tronc.

L'hémiplégie, paralysie d'une moitié latérale du corps.

La tétraplégie, paralysie des membres supérieurs et inférieurs.

La myopathie, atrophie musculaire grave et progressive.

La sclérose en plaque, c'est l'hypertrophie du tissu conjonctif.

Le changement de mobilité, atteinte gestuelle et préhension surtout pour la personne en fauteuil roulant ou la relation entre son action corporelle et l'aménagement construit est modifié, le manque d'accessibilité pour la plupart de temps.

La méfiance que l'handicapé sentira planer autour de lui.

Le malaise qui naît de la méconnaissance des accidents neurologique. (B.Benrachi, 2006 :10).

### **3-2) Handicap mentaux**

Le handicap mental est la perte définitive des capacités intellectuelle ou affective entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80% des capacités à exécuter une activité considérer comme normale pour un être humain détermine exclusivement par un médecin spécialiste dans handicap mental ou psychiatrique. (Gérard. Z, Domminique. P, 2004 :197).

#### **3-2-1) Les types d'handicap mental**

##### **3-2-1-1) La déficience mentale légère**

Les enfants qui présentent une déficience mentale légère obtiennent aux tests de niveau intellectuel un QI entre 50 et 70, pour l'organisation mondiale de la santé, le retard mental léger nécessite un QI compris entre 50 et 69 et l'âge mentale du patient est le meilleure des cas « de 09 ans à moins de 12 ans », pour le DSW IV le retard mental légère se définit par un QI de 50-55 à 70 (Petot, 2003 :436).

En pratique, les débiles limités peuvent faire des acquisitions, ils apprennent à lire, écrire et à compter, les moins limités peuvent atteindre le niveau de la classe de sixième vers l'âge de 11ans ou 12 ans, mais à partir de ce niveau, ils n'arrivent plus à faire de nouvelles acquisitions et se trouvent ainsi dans une situation d'échec, cet échec s'explique par l'incapacité de ces enfants d'accéder à une structure de pensée formelle, n'ont pas de possibilités d'abstraction, ils restent au niveau des opérations concrètes (Petot, 2003 :426). La communication, la socialisation et les relations interpersonnelles ne sont pas sérieusement altérées chez les enfants dont le retard mental est léger, à l'âge adulte, certain parviennent à une relative autonomie sur le plan social et professionnel, pour d'autre, l'autonomie est restreint et ils ont besoin du soutien ou des conseils lorsqu'ils se trouvent confrontés à une situation difficiles, nouvelles ou complexes (Petot, 2003 :426)

##### **3-2-1-2) La déficience mentale moyenne**

Elle se définit par un QI compris 35 et 55 pour le CIM-10 et pour le DSM-VI le QI est de 35-40 à 50-55, les arrières moyens atteignent un âge mentale compris entre 06ans et moins de 09 ans (Petot, 2003 :427).

Le développement du langage est lent, la compréhension du langage et l'acquisition de la parole sont lent et difficiles, mais certains arrivent à un niveau de langage simple, la scolarité est difficile dans les cas les plus favorable, ils arrivent à lire, écrire de manière rudimentaire ils parviennent à faire quelque calculs alimentaire à l'aide d'un support tels que des buchettes ou des bâtonnets dessinés sur une feuille de papier : des additions parfois des soustractions, rarement des multiplications mais jamais ou presque jamais des divisions, ces enfants ne peuvent guère dépasser le cour préparatoire et doivent être scolarisée dans des sous les contrôle d'un moteur mais ils ne peuvent pas mener une existence autonome et ont besoin d'un soutien permanent par exemple d'une surveillance familiale ou d'une tutelle (Petot, 2003 :427).

### **3-2-1-3) La déficience mentale grave**

Elle se définit par un QI compris 20 et 30 pour CIM-10 et un âge de développement maximum de 03 ans à moins de 06 ans ,pour le DSM-IV le niveau de QI est de 20-25 à 35-20, l'âge mental est théoriquement de l'ordre de 03 à 04 ans, ces enfants ne peuvent pas être scolarisés et sont généralement placé dans des internats spécialisé, ils peuvent acquérir des habitudes élémentaire de propreté, d'hygiène et d'ordre (Petot, 2003 :428).

### **3-2-1-4) La déficience mentale profonde**

C'est le degré de la déficience le plus grave, définit théoriquement par un QI inférieur à 20 ou 25 pour les deux systèmes de classification, ces enfants ne parlent pas ou ne connaissent que quelques mots, quand on peut les tester ces enfants obtiennent un âge mental ou un âge de développement inférieur à 30 ans, au cours de la première enfance, ces enfants présentent un retard psychomoteur évident et un retard massif au niveau de l'acquisition du langage (Petot, 2003 :430).

## **3-2-3) Les causes de la déficience mentale**

### **3-2-3-1) Les causes génétiques**

Certaines formes de déficience mentale moyenne, grave ou profond ont dues à des chromosomiques divers repérable par l'étude du caryotype, les plus fréquent sont la trisomie 21 (syndrome de down ou mongolisme, consistent dans la présence d'un chromosome 21 surnuméraire) et des anomalies liées au chromosome x (par exemple : syndrome du x fragile). (Petot. DJ, 2003 :435).

**3-2-3-2) Les causes organiques non génétiques, occidentales ou environnementales**

Parmi ces causes, on distingue les atteintes prénatales, périnatales, néonatales et postnatales. Les atteintes prénatales comprennent la malnutrition fœtale, les intoxication par l'alcool, par la drogue ou par certains médicaments, il faut y ajouter certaines maladies maternelles comme l'hyperthermie, le diabète sucré, la varicelle et l'irradiation pendant la grossesse, tous ces causes perturbent le développement du fœtus, elles peuvent endommager le cerveau ou troubler son développement. (Petot. DJ, 2003 :435).

**3-2-3-3) Les causes périnatales**

Sont principalement ce le médecin appelle des « souffrances » cérébrales de nourrisson lorsque l'accouchement est normal, long ou difficile, ce qu'a pour conséquence principalement l'anoxie ou asphyxie néonatale (le cerveau est privé d'oxygène pendant une période plus ou moins longue) (Petot. DJ, 2003 :435).

Les atteintes postnatale laissant des séquelles cérébrale de la déficience mentale comportent notamment les traumatismes crâniens, les infections (encéphalites ou méningite) ou les troubles convulsifs (épilepsie) (Petot. DJ, 2003 :435).

**3-2-3-4) Les causes psychosociales**

Il est aujourd'hui bien établi que des facteurs non organiques peuvent intervenir et aboutir à un état similaire de déficience mentale, il s'agit surtout des carences affectives et relationnels et des carences stimulation verbale ou sociale, « Spitz » et « Bowlbey » ont été les premiers à suggérer que la séparation du nourrisson avec sa mère peut entraîner un retard important du développement mental qui peut laisser des séquelles indélébile si la carences a été trop massive et prolongé, ces intuitions ont été confirmées par la recherche ultérieur (Petot. DJ, 2003 :436).

**3-2-4) Les conséquences de la déficience mentale****3-2-4-1) Le développement du fonctionnement cognitif**

Il est donc plus intéressant pour accéder aux mécanismes de raisonnement des déficients mentaux d'appliquer des épreuves issues de la théorie piagétienne. Les travaux «d'inhelder » montrent que l'évolution intellectuelle des enfants déficients mentaux se fait de façon comparable à celle des enfants normaux, elle se fait cependant plus lentement et s'arrête plus tôt. Elle se caractérise par deux mécanismes particuliers : La fixation et la

viscosité. La fixation implique à la fois une réduction de la vitesse de développement et le maintien à un stade déterminé. La viscosité se caractérise par une réapparition de schèmes antérieurs dans le fonctionnement cognitif actuel du sujet, cette viscosité est illustrée par le fait que les déficients mentaux restent plus longtemps que les enfants normaux à un stade de transition entre deux périodes développementales, leur raisonnement est dominé par des oscillations entre les niveaux différents. Il faut noter cependant que des progrès lents peuvent être observés encore de nombreuses années après que les acquisitions soient normalement attendues, les déficients profonds des fixés aux différentes sous-stades de l'intelligence sensori-motrice (de la naissance à deux ans chez l'enfant normal), les déficients moyens ne peuvent dépasser la période préopératoire (2 à 7 ans), les déficients légers restent fixés au stade des opérations concrètes (7 ans à 11 ans) et ne peuvent accéder au stade ultime des opérations formelles. La perspective piagétienne tient compte de toutes les conditions environnementales dans lesquelles l'enfant se développe et dont on pense actuellement qu'elles participent au moins en partie aux progrès du développement intellectuel. (Guidetti & Tourette, 2004 :107).

### **3-2-4-2) Le développement social et le comportement adaptif**

La notion de comportement adaptif ou de compétence sociale recouvre en fait des conduites très diverses qui touchent aussi bien des acquisitions scolaires (apprendre à compter, à lire et à écrire), des conduites exigées par la vie quotidienne (utiliser des moyens de transport, faire la cuisine, être autonome) que des comportements imposés par des exigences culturelles en référence à la responsabilité personnelle et sociale (ne pas se déshabiller en public, ne pas s'automutiler et faire des crises de colère), un autre aspect pris en compte ici, qui peut d'ailleurs poser problème dans l'évaluation, c'est celui des relations et de la distinction entre l'aspect cognitif et social des conduites. Il est évident que certains aspects du comportement adaptif font appel à des capacités cognitives comme les concepts de temps, d'espace et de nombre. Enfin, un dernier aspect discutable est la référence à la normativité sociale présentée dans cette notion de « comportement adaptif ». Certains comportements peuvent être considérés comme déviant dans tel milieu social ou telle culture et pas dans tel autre (Guidetti & Tourette, 2004 :108).

### **3-2-4-3) Le développement communicatif et linguistique**

« Rondel » (1985), dans l'ouvrage de synthèse constate que les déficients mentaux ont un retard marqué dans tous les domaines du développement, du langage. Ces déficients concernant donc à la fois le développement phonologique, lexical et syntaxique. Le développement phonétique et phonologique est retardé par rapport à celui de l'enfant normal, l'écart est particulièrement manifeste dès qu'il y a intervention du sens. C'est-à-dire quand l'émission des phonèmes vient composer les mots de la langue. Chez l'enfant plus grand, les troubles les plus fréquents sont des difficultés articulatoires et le bégaiement.

L'étiologie de ces problèmes de langage n'est pas évidente, elle peut être due dans le développement moteur, envisagé plus loin. En ce qui concerne le développement du lexique, le retard est essentiellement quantitatif, l'âge mental cependant ici a un rôle important, en effet, à l'âge mental égale, les différences entre sujets déficients mentaux et normaux s'atténuent voire même disparaissent, « Rondel » propose plusieurs hypothèses pour expliquer ce retard : soit un déficit dans la saisie et la rétention des relations entre les mots et leurs référents (personne, événement) soit encore un retard dans le développement de la représentation.

Dès que la communication se complexifie (emploi de négation, de subordonnées ou de formes passées et futures), la compréhension verbale peut devenir problématique, il peut donc y avoir inadéquation des réactions d'un sujet déficient mental en réponse à une simple commande verbale et ce d'autant plus qu'on n'observe pas d'émission de signaux de non-compréhension (modification de la mimique faciale, demande de parler plus lentement ou distinctement) ces signaux peuvent faire l'objet d'un apprentissage systématique, la compréhension à bien sur un impact indispensable dans la saisie des informations en provenance de l'environnement extérieur, c'est l'une des clés de l'intégration sociale. Un sujet déficient mental ne dispose pas de répertoire comportementale permettant d'intégrer les données du milieu offrira en retour peu d'occasion pour ces partenaires sociaux d'entrer en contact avec lui, ainsi on observe que la longueur moyenne des réponses verbales données par les adultes normaux à des enfants en situation de jeu est inférieures quand il s'agit d'enfants déficients mentaux (Guidetti & Tourette, 2004 :110).



**3-2-4-4) Le développement moteur et praxique**

On constate une grande hétérogénéité des résultats en fonction de la tâche proposée, « Zazoo » (1979) a évoqué la notion d'hétérogénéité, la déficience ne pouvant être assimilée à un simple retard de développement, par exemple l'étude du style moteur (dans l'épreuve du pointillage ou l'on demande à l'enfant de faire un trait dans chacune des cases d'une feuille quadrillée) montre que les déficients mentaux (sans handicap moteur associé) ont plus de contrôle que les enfants normaux du même âge au cours de l'exercice mais ce comportement a un caractère rigide et entraîne une incapacité à s'adapter rapidement à une tâche inhabituelle (par exemple écrire avec la main non dominante), plus la tâche à réaliser est complexe, plus les différences sont importantes entre enfants normaux et déficients intellectuels qui sont souvent maladroits. (Guidetti & Tourette, 2004 :112).

**3-3) Handicap sensorielle**

Consacre aux déficiences auditives et visuelles qui touchent toutes deux l'intégrité et l'appareil sensoriel si c'est effectivement leur caractéristique commune, rien de semblable une nouvelle fois entre une atteinte congénitale et une atteinte acquise entre une absence totale de l'ouïe ou de la vue et des déficiences plus légères il en va de même de l'hétérogénéité de développement psychologique et enfants concernés. (Guidette. M & Tourette. C, 2002 : 55).

**3-3-1) Handicap auditive**

**Selon Frédérique Brin et al :** est une déficience auditive, quelle que soit son origine et quelle que soit son importance. Elle peut être transitoire ou définitive, parfois même évolutive, et ses conséquences sont multiples : trouble de la communication préverbale chez le nourrisson avec incidences développementales, absence ou retard de langage, troubles de la parole et de la voix. Difficultés d'intégration scolaire ou sociale, comme la surdité n'est pas toujours curable médicamenteusement ou chirurgicalement, elle implique que la notion de handicap et sa prise en charge est alors pluridisciplinaire. (Frederique. B & al, 2004 :245).

### **3-3-1-1) Les types de la surdité**

Il existe différents types d'altérations auditives ou surdités selon l'organe touché et suivant le siège de la lésion :

#### **3-3-1-1-1) La surdité de transmission**

Les surdités de transmission passent souvent inaperçues, ne se révélant parfois que par des difficultés scolaires (enfants isolés, rêveurs, ayant des troubles de l'attention). Souvent détectées par les enseignants, elles concernent au moins 3% de la population. Elles sont acquises dans 99% des cas et congénitales ou génétiques secondaires dans 1% des cas.

Elles résultent d'une atteinte de l'oreille externe et/ou de l'oreille moyenne. Il s'agit alors d'un blocage de l'information sonore qui peut-être causé par divers facteurs pouvant se déclarer aux différents niveaux que sont le tympan, la caisse du tympan et la chaîne ossiculaire. Le diagnostic n'est pas évident pour tous les généralistes.

La perte auditive d'origine transmission elle (pure) n'excède pas les 60dB, mais peut gêner considérablement celui qui en déformation lorsqu'il parvient aux centres auditifs. La parole est perçue en auto-phonie, l'oreille interne étant intacte. Les confusions phonétiques sont rares. Les surdités de transmission sont souvent à l'origine de retard de parole, mais n'expliquent jamais l'absence de langage. (Annie. D, 2008 : 38).

#### **3-3-1-1-2) La surdité de perception**

Les surdités de perception sont dues à des lésions de l'oreille interne ou du nerf auditif ou du noyau cochléaire du tronc cérébral (surdité rétro cochléaire). Il y a une altération des structures chargées de la transformation de l'énergie mécanique en énergie électrique jusqu'à sa réception et son intégration cérébrale. La baisse auditive peut-être considérable dans les surdités de perception. Cette perte auditive est souvent peu stable : il y a souvent une aggravation lente et progressive. Les surdités de perception peuvent être améliorées par des prothèses auditives et les implants cochléaires. (Annie. D, 2008 : 40).

### **3-3-1-2) Les causes de la surdité**

Tout comme les formes de la surdité, ses causes sont aussi très variées. Egalement, sur ce sujet, formes et causes ne sont pas totalement indépendantes. Car généralement les causes sont liées aux formes de la surdité, les étiologies anténatales sont essentiellement à

l'origine des surdités de perception alors que les affections contractées après la naissance seront en règle générale à l'origine des surdités de transmission.

### **3-3-1-2-1) Les causes génétiques**

Elle donne lieu à des surdités familiales dont il existe des formes dominantes (il suffit que le gène soit transmis par un seul des parents pour qu'il apparaisse chez l'enfant) ou récessives (le caractère n'apparaît chez l'enfant que s'il a été transmis par ses deux parents). Il existe également des variétés tardives de surdités familiales qui se révèlent à l'adolescence, leur mécanisme est totalement différent et entraîne une surdité de transmission. Les étiologies héréditaires isolées représentent 20 à 50% suivant les auteures (Andrieu- Guêtrant, 1991) des cas de surdité de perception. Les agénésies (absence de développement) et les malformations de l'oreille extrême et moyenne s'accompagnent d'une surdité de transmission et parfois de troubles perceptifs. (Guidetti. M & Tourrette. C, 2002 : 56).

### **3-3-1-2-3) Les causes néonatales**

Pour 1,5% des cas. La prématurité est également à l'origine de 5% de surdité de perception. Chez le prématuré, il peut exister le retard de maturation des seuils auditifs qui peut entraîner des erreurs de diagnostic avec les hypoacusies.

### **3-3-1-2-4) Les causes postnatales**

Il s'agit de surdité acquises qui peuvent être les séquelles de méningites 7% d'oreillons 4,5%, qui peuvent résulter aussi de l'action de certains antibiotiques néfastes pour l'oreille interne. Les otites restent l'étiologie la plus fréquente des surdités de transmission de l'enfance, il faut donc mettre en place des soins précis en cas d'infection rhino-pharyngée récidivante et surtout d'otite chronique. (Guidetti. M & Tourrette. C, 2002 :59).

### **3-3-1-3) L'anatomie et la physiologie de l'oreille (Voire annexe n°1)**

L'oreille est un organe pair et symétrique, occupe des cavités creusées dans os temporal il a deux fonctions, l'audition et l'équilibration. Une fois émis, le son est capté par l'oreille. L'oreille est une incroyable amplification naturelle, un organe capable de transformer les vibrations aériennes (sons) en influx nerveux. C'est à ce moment que naît

la sensation d'entendre. L'oreille se décompose en trois parties : l'oreille externe (pavillon et conduit cochléaire). (Guidetti. M &Tourrette. C, 2002 :60).

### **3-3-1-3-1) L'oreille externe et l'oreille moyenne**

Le rôle physiologique de l'oreille externe et de l'oreille interne à part certaines fonctions de protection réside dans les fonctions de transfert, les fonctions du transfert sont des structures de résonance qui transforment l'enveloppe spectrale des sons attenants en amplifiant certaines parties du spectre. L'amplitude des différentes composantes spectrales d'un son peut-être notablement modifiée par ces fonctions de transfert. La conque du pavillon et le conduit auditif se comporte comme des résonateurs produisant une amplification importante de l'amplitude des vibrations aériennes dont la fréquence est comprise entre 1500 et 700Hz. (Claude. B & Rodolphe. G & al, 2003 : 94).

L'oreille moyenne transforme les vibrations aériennes par la chaîne tympano-ossiculaire dans l'ensemble, la fonction de transfert de l'oreille moyenne, mesurée chez les mammifères, consiste en une amplification qui croît en fonction de stimulation à partir de 100Hz ce gain culmine à 30DB environ pour les fréquences (moyennes 1000 à 4000 Hz) (Claude.B et Rodolphe .G et al, 2003 :94).

La fonction de transfert d'oreille moyenne subit d'importantes modifications aux stimulations intenses, ceux-ci déclenchent la reflexe acoustique qu'il en résulte une réduction de la transmission des sons, dont la fréquence est inférieure à 1500Hz environ (Claude.B, Rodolphe.G et al, 2003 :94).

### **3-3-1-3-2) Oreille interne**

Elle comprend la cochlée, qui est l'organe de l'audition (qui sert à entendre), et le vestibule qui sert à l'équilibre. La cochlée a la forme d'un limaçon. Tout au long de la cochlée se trouvent les cellules ciliées internes (3 500) et externes (12 500), qui sont reliées au nerf auditif. Les cellules ciliées réparties le long de la cochlée réagissent à des fréquences (hauteur de sons) différentes. Les cellules de la base de la cochlée correspondent aux fréquences les plus aiguës, et celles du sommet aux fréquences les plus graves. Ce mouvement agite les cils des cellules ciliées, qui transforment les vibrations en impulsions électriques. Celles-ci sont transmises au cerveau par le nerf auditif. À partir des informations reçues, le cerveau nous donne la sensation d'entendre puis

progressivement identifie les bruits et la parole, à condition d'avoir appris à les connaître (Claude.B, Rodolphe.G et all, 2003 :95).

### 3-3-1-4) Les degrés de surdité

Le terme « personne sourde » est, d'un point de vue médical, un terme imprécis. En effet, il n'y a pas une surdité, mais différents degrés de surdités distingués en fonction du niveau des pertes en décibel (la mesure en indique l'intensité d'un son).

Degrés de Surdité	Perte en Décibel	Conséquences sur la perception de la parole et des bruits
Audition normal	< 20 dB	- Aucune difficulté de perception
Déficience auditive légère	20-40 dB	- Certains éléments phonétiques son identifiés ou confondus (sons voisins) - Mauvaise perception de la voix chuchotée - Environnement sonore appauvri (pas de perception des sons lointains et faibles)
Déficience auditive moyenne	40-70 dB	- Parole forte perçue - Perte d'informations importantes - Difficultés de contrôle de sa propre voix - Prothèses auditives et lecture labiale nécessaire
Déficience auditive sévère	70-90 dB	-Voix puissante perçue - Gêne très importante - Appareillage, lecture labiale et rééducation logopédique indispensable
Déficience auditive profonde	90-120 dB	- Aucune parole perçue -Uniquement restes auditifs - Appareillage, lecture labiale et rééducation logopédique indispensable
Cophose (rare)	> 120 dB	- Surdité totale - Appareillage, lecture labiale et rééducation indispensable

**3-3-1-5) Les conséquences engendrées par la surdité****3-3-1-5-1) Sur le plan intellectuel**

Comme tous les enfants d'âge scolaire, l'enfant sourd a un certain nombre de demandes par rapport au savoir (sur son corps, ses origines, son avenir, sur le monde qui l'entoure). Il est aussi apte que l'entendant à éprouver du plaisir dans la maîtrise des instruments intellectuels qui naissent aux mêmes âges (classer, sérier, séparer, réunir, associer, abstraire, changer de point de vue).

La différence fondamentale, c'est qu'il sera très difficile, même chez un enfant sourd, mais qui n'a pas une habileté verbale suffisante, de faire passer ces notions par la langue française. Il est donc indispensable de tout faire pour que l'enfant acquiert un langage clair, simple et spontanément utilisable au cours de ses années scolaires, mais il est souvent difficile, voire impossible, au départ, d'exercer son intelligence sur des opérations mentales évoquées par le langage.

Les signes de la logique sont à ce sujet très commodes d'emploi et aussi utiles à la compréhension des enfants entendant qu'à celle des déficients auditifs. La répétition "en d'autres termes", l'accompagnement judicieux d'image ont autant de points d'appui à la compréhension d'une pédagogie souvent très verbale pour les entendants eux-mêmes. (Benoit Virole, 2009 :386).

**3-3-1-5-2) Sur le plan affectif**

La maîtrise du langage, c'est aussi souvent, la maîtrise des affects, à 5 ans les colères s'orientent vers la parole et l'invective remplace la rage. Un enfant qui ne parle pas ou parle mal, n'a pas à sa position un système de contrôle bien précis pour décharger son agressivité et il peut sembler plus impulsif, ses colères peuvent inquiéter l'entourage. Il ne s'agit souvent que d'une manière autre de s'exprimer. Quand l'enfant a pris l'habitude de "parler avec son corps", il aura tendance, même quand le langage est utilisé, à reprendre, en cas d'émotions fortes, des conduites anciennes. La violence de ses sentiments n'est pas pour autant plus forte. Bien souvent, c'est de ne pas comprendre et de ne pas être compris dont l'enfant souffre. Une écoute attentive de sa détresse, au niveau où il peut l'exprimer, le calme davantage qu'une attitude répressive et un maintien à distance.

La curiosité des enfants se manifeste d'avantage par leur comportement que par leurs questions, les interdits murmurés, les tabous, les choses qui ne se font pas et bien souvent

les enfants entendant on compris la règle à partir d'une intonation ou d'un silence, vont les intéresser d'autant plus qu'aucune information verbale ne viendra répondre aux questions qu'ils se posent. La transgression des interdits ne viendra pas chez eux d'une pulsion mal contrôlée qui signe un déséquilibre psychologique, mais tout simplement d'un manque d'information. D'interdits qui n'ont pas interdits. (Bandier. A et Céleste.B, 2000 :336 ).

### **3-3-1-5-3) Sur le plan social**

Les difficultés rencontrées par le jeune sourd intégré au milieu scolaire ordinaire peuvent parfois se traduire par des comportements qu'un entendant peut interpréter comme des manifestations caractérielles et dont l'enseignant doit percevoir les aspects réactionnels justifiant de sa part une certaine stratégie de la relation.

L'enfant éprouve un sentiment de frustration du fait de son désir de communiquer oralement que contredit son incapacité à le faire. De plus la contradiction entre son désir de jouer un rôle valorisant dans le groupe que constituent la classe et les obstacles rencontrés pour communiquer avec les autres élèves.

Ces difficultés non surmontées induisent des comportements d'instabilité et d'agressivité.

L'enfant peut également considérer le monde des entendant comme angoissant, voire terrifiant. Il peut alors développer des attitudes de repli ou manifester des réactions de rejet du monde extérieur. Donc il est important de comprendre que ce sont les difficultés de communication avec les entendant qui provoquent des attitudes qui peuvent être vécues par les sourds comme un rejet. Les enfants sourds très dépendants de la bonne volonté de l'autre pour communiquer, ils sont en général plus sociables et recherchent moins que les entendant à s'affirmer dans des conduites de meneurs. (Hage. C, 2006 :284).

### **3-3-2) Handicap visuelle**

Il n'existe pas une définition unique de l'handicap visuelle, tout simplement parce que le sens visuel est très complexe et que son altération peut entraîner des retentissements fonctionnels très variables. La plupart des définitions fondées sur des mesures objectives tiennent compte à la fois de la perte de l'acuité visuelle et de celle de champ visuel, car ces deux fonctions permettent respectivement la vision des détails de notre espace environnement et la perception du sens spatial, essentiel pour les déplacements. (Sander. M.S, 2005 :9).

### **3-3-2-1) Les types de déficience visuelle**

Parallèlement aux caractéristiques de la déficience visuelle que venons de voir, il est important de prendre en considération à la fois dans le bilan et lors de la rééducation, le type de déficience visuelle : Est-elle fixée ou dégénérative ? Et surtout quel est son âge de survenue ? Est-elle congénitale, précoce (survenue dans la petite enfance) ou acquise ? En cas d'apparition précoce, le développement psychomoteur sera bien différent et les difficultés rencontrées seront plus importantes. On sait aujourd'hui que c'est grâce à la coordination intermodale précoce entre la vision et le toucher que la cécité tardive a moins d'effets que la cécité congénitale : durant la première enfance, le système tactile des aveugles tardifs est enrichi et structuré par l'apport des perceptions visuelles alors disponibles. Un espace sensorimoteur multimodale à déjà été construit et malgré l'absence de souvenirs visuels conscients, le bénéfice de cette construction persiste toute la vie.

L'aveugle congénitale est donc privée de bibliothèque visuelle qui lui offrirait des représentations mentales types. (Françoise. G et Jean-Michel. A et Philippe. S, 2015 :125).

### **3-3-2-1) Les causes déficience visuel**

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2004). La déficience visuelle n'est pas répartie uniformément à mondiale, plus de 90% des déficiences visuelle habitent dans les pays en développement, et dans toutes les régions du monde, en dépit des méthodes parfois rudimentaire de l'évaluation de la perte vision, l'OMS a estimé que la prévalence mondiale des personnes ayant un handicap visuelle important et de l'ordre d'approximativement 135 millions de personnes. Sauf dans les pays industrialisé la cataracte reste la principale cause de la cécité dans toutes les régions du globe et lorsqu'associées au vieillissement, son importance est encore plus considérable en tant que cause de la perte de vision. Les autres principales causes de la basse vision à l'échelle mondiale sont le glaucome, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le trachome, l'onchocercose (cécité des rivières), la maladie Hansen, la malnutrition (les carence en vitamine A), la rétinopathie diabétique et d'autre types d'opacité cornéennes. (Menu-J. P.1996 :5).

Dans la plus part des pays industrialisé, la base vision incurable est habituellement causée par une lésions dans la couche des fibres nerveuse tapissant l'intérieures des yeux, mieux connu sous le non de rétine. Jusqu'à tout récemment, les tentatives de la médecine



d'améliorer la vision une fois que la couche de fibre nerveuses ait été endommagée ont été vaines. Dans les pays en développement, les causes de perte de vision sont très différentes, car la plus part des problèmes de la vision peuvent être corrigé ou prévenus. Actuellement la principale cause de déficience visuelle chez les enfants vivant dans les pays industrialisés est la déficience visuelle d'origine corticale également appelée la déficience visuelle d'origine cérébrale dans la quelle le dysfonctionnement visuel est causé par une lésion ou un traumatisme au cerveau. La dégénérescence maculaire liée à l'âge est une des causes principales de la déficience visuelles chez les personnes âgées vivant les pays industrialisés. (Menu-J. P, 1996 :5).

Et pour bien comprendre les causes de la base vision on donne quelques définitions des pathologies de l'œil qui engendre des handicaps particuliers.

**1) L'opacité cornéenne :** est une détérioration des cellules de l'épithélium cornéen provoque une image trouble ou irrégulière et une sensibilité accrue à l'éblouissement.

**2) La cataracte :** l'opacité du cristallin provoque une diminution de l'acuité. La vision est trouble et ce particulièrement en cas de lumière éblouissante. La cataracte n'affecte pas le champ visuel. Elle se traduit par l'impression de voir à travers une vitre dépolie.

**3) La rétinopathie diabétique :** le diabète entrain des hémorragies par l'endommagement des vaisseaux sanguins de la rétine l'évolution de cette maladie, qui génère de la malvoyance, peut-être ralenti par des traitements médicaux. (Pouliquen. Y, 2009 :3).

### **3-3-2-3) Anatomie et physiologie de l'œil (Voire annexe n°2)**

#### **3-3-2-3-1) Les structures accessoires de l'œil**

L'œil adulte est une sphère d'un diamètre coussin de graisse et des parois osseuses de l'orbite, qui le protègent. Les structures accessoires de l'œil comprennent les muscles du bulbe de l'œil, les paupières, la conjonctive et l'appareil lacrymal.

À l'avant, l'œil est protégée par les paupières, qui s'unissent aux angles interne et externe de l'œil, respectivement appelé angle médial de l'œil et latéral de l'œil ou canthus interne et canthus externe. Le bord libre de chaque paupière porte des cils. Sont associées au bord des paupières. Elles produisent une sécrétion huileuse qui lubrifie l'œil et ralentir

l'évaporation des larmes des glandes sudoripares modifiées appelées glandes ciliaires se trouvent entre les cils. (Maried-E. N, 2002 :240).

### **3-3-2-3-2) L'appareil de la vision**

L'appareil de la vision sert à recevoir et classer les informations visuelles au niveau du bulbe oculaire ou globe oculaire ces informations sont transmises par les voies optiques au cortex occipital où elles sont traitées et analysées. Sont décrit en premier lieu les deux bulbes oculaires qui constituent l'appareil sensoriel de la vue puis les annexes qui l'entourent et jouent un rôle de mobilisation (les muscles oculomoteurs), de protection (les paupières) ou de glissement (le système lacrymal). (Delmas, V & Coll, 2008 :10).

### **3-3-2-3-3) Bulbe oculaire**

Le bulbe oculaire, ou globe oculaire, est l'origine réceptrice sensorielle de la vision. Il est situé dans la cavité orbitaire et il est entouré de ses annexes. On lui distingue deux pôles et un équateur il est de trois tuniques :

- 1) La tunique externe est formée de la cornée en avant et de la sclère en arrière ;
- 2) La tunique intermédiaire, ou uvée est formée de la choroïde en arrière et de l'iris et du corps ciliaires en avant ;
- 3) La tunique interne est formée de la rétine en arrière. (Delmas. V & Coll, 2008 :146).

### **3-3-2-3-4) L'appareil lacrymal**

Est constitué de la glande lacrymale et des conduits qui drainent les sécrétions lacrymales dans la cavité nasale. La glande lacrymale est située au dessus du bord latéral de l'œil. Elle libère continuellement une solution saline (larme) sur la face antérieure du bulbe de l'œil par l'intermédiaire d'une dizaine de ductiles extérieurs de petites dimensions. (Maried-E. N, 2008 : 308).

### **3-3-2-3-5) Les paupières**

Ce sont deux voiles musculo-membraneux, mobiles qui recouvrent la face antérieure du globe oculaire. Les deux paupières supérieure et inférieure sont séparées par la fente palpébrale. Elles ont un rôle de protection du bulbe oculaire. Le clignement réflexe permet

le renouvellement et assure la répartition du film lacrymale. (Delmas. V & Coll, 2008 :150).

### 3-3-2-3-6) La conjonctive

Est une tunique muqueuse transparente tapisse les paupières et se replie sur la face antérieurs du bulbe de l'œil. Elle se termine au bord de la cornée en fusionnant avec l'épithélium cornéen. La conjonctive sécrète un mucus lubrifiant qui prévient la dessiccation. (Delmas. V & Coll, 2008 :150).

### 3 -3-2-4) La classification de la malvoyance selon l'OMS

OMS a proposé une classification de la malvoyance en cinq catégories résumées dans le tableau ci dessus.

Catégorie selon OMS	Condition sur l'acuité visuelle	Type d'atteinte visuelle (CIM-10)	Types de déficience de visuelle (CIH)
<b>Catégorie 1</b>	Acuité visuelle corrigée inférieur à 3/10 ou égal à 1/10 avec un champ visuelle au moins de 20 degrés.	Basse vision	Déficience moyenne
<b>Catégorie 2</b>	Acuité visuelle corrigée 1/10 et supérieure ou égale à 1/20.		Déficience sévère
<b>Catégorie 3</b>	Acuité visuelle corrigée inférieur à 1/20 et supérieur ou légal à 1/50 ou champ visuel inférieur à 10 degré mais supérieur à 5 degrés.	Cécité	Déficience profonde
<b>Catégorie 4</b>	Acuité visuelle inférieur à 1/50 mais perception lumineuse préserve ou champ visuel inférieur à 5 degrés.		Déficience presque total
<b>Catégorie 5</b>	Cécité absolu, absence de perception lumineuse.		Déficience totale

(Menu J.P. 1996 :5).

**3-3-2-5) Les conséquences d'une annonce d'un handicap sur la vie du malade****3-3-2-5-1) La dépression**

La perte de vitalité et de tristesse sont toujours présente et s'intercalent avec des phases plus maniaques voire obsessionnelle, de reprise de contrôle et de maîtrise sur la vie et la maladie. (Masson E.2005 :6).

**3-3-2-5-2) Envahissement de la psyché par l'image du corps**

Selon Masson E., Le corps semble dominé le mentale et la rationalité scientifique, ce « corps-plaisir » devient « corps-souffrance » et handicap. La personne se demande pourquoi ne peut-on pas retiré, changé, modifier ce corps déviant ? La perte de l'image de soi, la perte des liens avec son ancien environnement la création des nouveaux liens avec des soignants, les associations des malades impliquent des renoncements, des réaménagements et des investissements dans une existence devenus bien différente de ce qu'elle a été antérieurement. (Masson E. 2005 :5-6).

**3-3-2-5-3) Travail de développement et de deuil**

Le malade ou le handicap et son environnement vont vivre une remise en question de leur propre identité. Un véritable travail de développement, donc de deuil par la perte d'une partie de soi, va s'opérer, encore faut il que les uns et les autres l'acceptent. Vivre sous le regard des autres qui n'acceptent pas sa maladie. Le choc de la vérité entendu entraîne de profonds bouleversements. (Masson E.2005 :6)

**3-3-2-5-4) Le choc et l'agressivité**

Déni et le refus peuvent durés longtemps, la révolte, la colère et l'agressivité des uns et des autres sont bonnes à entendre si elles traduisent la force de vie que chacun possède encore pour dépasser cette nouvelle et entrer dans cette étape de développement. Elles sont nocives si elles enferment dans une stratégie de récrimination perpétuelle. (Masson E. 2005 :6)

**Conclusion**

Pour conclure ce chapitre on peut dire que l'handicap est une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du corps, qui est provoqué par une atteinte des fonctions, caractérisé par ses propres causes et qui nécessite une bonne prise en charge. L'handicap

peut être lié à des facteurs génétiques, ou non génétiques. La personne handicapée confronte chaque jour des différentes difficultés qui l'empêche de vivre sa vie comme les autres.



**Chapitre II**  
**La qualité de vie**

**Introduction**

Le concept de la qualité de vie est un concept vaste qui peut être défini de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de revenus, que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé. Il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologique, liés à la santé, sociaux, environnementaux, économiques, politique. Il ressort que le concept de la qualité de vie paraît simple, par ce que son emploi est banalisé. Cependant, il faut rester vigilant par rapport à son utilisation, car selon le cadre dans lequel il est employé, son sens peut varier.

**1) Aperçu historique de la qualité de vie**

Il n'est pas aisé de remonter à l'origine de la qualité de vie. En 1966 nous pouvons voir apparaître ce concept dans les annales de la médecine interne, mais c'est pendant ces vingt dernières années que cette notion s'est développée pour devenir à la mode dans divers domaines comme l'épidémiologie, la thérapeutique ou l'économie de la santé. (Ethgen et Reginster, 2002).

En psychologie, la qualité de vie est principalement étudiée en psychologie de la santé. Cette discipline spécifique de la psychologie a pour objectif de favoriser de favoriser d'adaptation d'habitudes comportementales saines afin d'améliorer la qualité de vie.

En médecine il y a quelques années la préoccupation première des médecins était la santé objective de leurs patients. Seule l'évaluation de la morbidité, de la mortalité et de la longévité étaient les critères relevés par les médecins. (Bruchon- Schweitzer, 2002).

De plus les traitements médicamenteux prescrits n'avaient comme objectif que d'améliorer cette santé objective. Grâce au progrès de la médecine ces dernières années, la durée de la vie a augmentée. De ce fait, le nombre de certaines maladies chroniques a parallèlement augmenté provoque de nouvelles conséquences psycho médico-sociales. Ces conséquences jouent un rôle sur le bien être du patient, et non plus seulement sur leurs survie. (Bruchon-Schweitzer, 2002). Il devient donc indispensable d'analyser les conséquences subjectives de ces maladies, ainsi que leur traitement. En d'autres termes, actuellement il faut également tenir compte de la qualité de vie des patients. Leplège (1999, cité par Oudry et Hermand, 2002) estime que les jugements portés par les patients

sur leurs état de santé doivent être pris en considération dans l'objectif d'améliorer leurs bien-être et leurs satisfaction. Donc, si les médecins sont prioritairement attentif aux signes cliniques et aux symptômes, les patient quand a eux s'intéressent d'avantage à ce qu'ils ressentent, à leurs capacités à satisfaire leurs besoins et leurs désires. Déjà en 1986, Freinstein, Josephy et Wells (cité par Etienne, 1997) mentionnent trois avantages à prendre en compte les perceptions du patient : elles renseignent sur les valeurs de patient et non celle du clinicien, elles permettent au praticien de cibler au mieux l'intervention en fonction du patient, elles devraient aider à mieux détecter les changements de l'état du patient. Les médecins doivent autant s'occuper de la santé subjective de leurs patients, que de leurs santé objectives. La relation patient-médecin doit être d'avantage un partenariat car le malade fait entendre de plus en plus son point de vue. (Etienne et Fontaine, 1997) afin d'améliorer sa qualité de vie. (J. Duville, 2008 : 9-10).

## **2) Définition et conception de la qualité de vie**

### **1-2) Les définitions**

**Selon l'organisation mondiale de la santé 1993(L'OMS)** « La qualité de vie est comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept intégrant de complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ». (Michel. J & Stéphane. G, 2003 :03).

**Pour Launois (1996)**, la qualité de vie est un concept tellement « englobant » que tout y trouve sa place : facteurs environnementaux, niveaux de revenus, habitudes, styles de vie qui plus est, dans leurs interactions réciproques, tous ces facteurs ont une incidence sur le cours de l'existence et le développement des individus ou des sociétés. Ici encore, l'unanimité se fait, mais cette fois sur le caractère multidimensionnel du concept de qualité de vie. (Sultan. S & Varescon. I, 2012 :21).

Pour d'autres autres contemporains, la qualité de vie et les notions voisines correspondent à un fonctionnement optimum des individus dans les divers domaines de



leur vie, la qualité de vie serait la plus générale et le plus utilisé aujourd'hui. (Schweitzer-Bruchon. M, 2002 :48).

## **2-2) Conception**

### **2-2-1) Conceptions objectives**

Les conceptions de la qualité de vie sont limitées tout d'abord aux seules conditions de vie matérielles (point de vue politique et économique) et d'absence de maladie physique.

On peut considérer qu'il s'agit de l'ensemble des conditions qui contribuent à rendre la vie plus agréable et plus facile. Ces conditions comprennent pour un individu donné, la qualité de l'environnement naturel, du logement, des ressources matérielles, de l'environnement familial, des relations sociales, du niveau d'étude, d'adaptation au monde environnant, ainsi que d'autres facteurs, mais aussi et surtout, l'état de santé, cette conception objective et fonctionnelle est accessible par (hétéro-évaluation). (Bruchon-Bruchon. M, 2002 :49).

### **2-2-2) Les conceptions subjectives**

La conception de la qualité de vie subjective opposée à celui de la qualité de vie objective, s'est développé et a donné lieu à divers tentatives de quantification par le biais d'auto-questionnaires.

De nombreuses définitions ont été proposées pour ce concept à saisir, car éminemment subjectif, soumis aux normes culturelles et comprenant de très nombreux paramètres : conditions de vie, bien-être psychologique, écart par rapport à un idéal de vie, satisfaction des besoins perçus et des désirs, il est de plus, dans ce domaine, difficile d'échapper à un point de vue normatif (valorisation de l'autonomie) et de choisir des critères qui puissent être universellement appropriés. (Nicolas. L, 2002 :50).

### **2-2-3) Conception intégratives**

Dans la littérature, on trouve deux conceptions intégratives : additives et d'autre dynamique.

Selon l'OMS, la définition intégrative additive est « La qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé psychique de l'individu, son

état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement ».

On peut trouver d'autres définitions telle que : « La qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelles, à la fois en fonction de critères sociaux normatifs et de critères individuels, de système personne, environnement de chaque individu. (Bruchon-Schweitzer. M, 2002 : 51).

### **3) Les concepts de la qualité vie**

#### **3-1) La satisfaction de la vie**

En premier lieu les études sociologiques se sont centrées sur le bien-être matériel et ce qui conduit les individus à évaluer leurs vie de façon positive, se sont en suite intéressées à la conduite les individus à évaluer leurs vie de façon positive, se sont en suite intéressées à la satisfaction de la vie. Ce concept de satisfaction de la vie désigne un processus cognitif impliquant des comparaisons entre sa vie et ses normes de référence, pour Diener, la satisfaction de la vie peut-être décomposée en domaines plus spécifiques. (Bruchon-Schweitzer. M, 2002 :57).

#### **3-2) Le bonheur**

Il existe une déficience de ce que signifie le bonheur dans les années soixante dix est la signification qu'on lui attribuer à partir des années quatre-vingt dix. Dans les années soixante-dix le bonheur signifiait un état dans le quel pour une personne donnée, les affects positifs l'emportent sur ceux négatifs, mais 20 ans plus tard, Eysenck et Myers pour eux le bonheur est une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver fréquemment des états émotionnels agréables à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs certaines échelles du bonheur ont été construites selon cette conception tridimensionnelle. La plus connue est l'OHI ; un questionnaire qui comprend 29 items.

**Pour Musschenga (1997)**, le bonheur est une notion pluraliste qui comprendrait trois composants distincts une émotionnelle positive (l'hédonisme), une cognitive évaluative (la satisfaction estimer que l'on a réussi à réaliser ses aspirations, une autre comportemental (l'excellence réussite auto évaluée dans ses activités).

### **3-3) Le bien-être subjectif**

Le bien-être subjectif repose sur trois critères essentiels :

- 1) Il est subjectif, c'est une auto-évaluation qui ne se réduit pas aux conditions de vie objectives ;
- 2) Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de la vie).
- 3) Il ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives (telles que les explorent les échelles d'anxiété, de dépression ou d'hostilité) mais, il implique la présence d'affects agréables. (Montreuil. M, & al, 2009 :139).

### **4) Les approches de vue de la qualité de vie**

#### **4-1) L'approche philosophique**

Pour beaucoup de philosophe le but de l'Homme est d'atteindre le bonheur (pour Aristot, le désir suprême) pour d'autre ce bonheur est inaccessible. Pour Jean S. Mill l'Homme cherche le plaisir qui aboutit à un sentiment de plénitude, qui est proche du bonheur. Les stoïciens, poursuivre. (Bruchon-Schweitzer. M, 2002 :44).

#### **4-2) L'approche psychologique**

Les sociologues sont les premiers à s'emparer de ce qui deviendra la qualité.

Ils ont défriché ce champ d'étude en différenciant peu à peu les notions de bonheur, bien-être, bien être matériel et satisfaction de la vie, pour eux le bonheur doit être évalué à un moment donné tandis que la satisfaction est plus durable et concerne la vie entière. Pour eux deux types de facteur peuvent affecter le bien-être, externe comme la variable socio-économique et interne comme l'estime de soi. Le terme de qualité de vie apparaîtra dans les années soixante-dix avec Bradburn on s'éloigne de la notion du bonheur et bien-être pour se rapprocher de celle de qualité de vie.

Les psychologues approfondissent les domaines que recouvre ce concept et tentent de différencier santé psychique et santé mentale, émotionnelle et intégration sociale. Chacune des échelles élaborées ne correspondent qu'à un sous-ensemble de la qualité de vie. (Ficher, G-N. 2002 :285).

**4-3) L'approche médicale**

C'est grâce aux psychiatres que la notion de la qualité de vie réussit une intégration aux autres notions voisines (bien-être, bonheur, santé) pour devenir plus tard complexe.

Les progrès qu'a connus la médecine ont apporté des traitements qui ont permis une certaine longévité pour des personnes souffrant de maladies chroniques, tout ceci aux conséquences multiples (physiques, mentales et sociales) affectant le bien-être des patients plutôt que leur survie, ce qui a poussé les spécialistes en ce domaine d'apporter des solutions et préserver la qualité de vie de ces personnes, tout en évaluant l'impacte physique, subjectif et sociale de ces maladies ainsi que les traitements qui leur sont associés.

Depuis quelques années les cliniciens et chercheurs en santé considèrent que la qualité de vie concerne l'état fonctionnel « objectif » ainsi que le bien-être « Subjectif » des patients qui sont des dimensions différentes. (Bruchon-Schweitzer. M, 2002 :46-47).

**4-4) L'approche économique et politique**

La qualité de vie en économie et en politique veut dire condition de bien-être matériel pour tout individu. En 1932 un candidat au présidentielle au USA Hoover, présentait apporter à ses citoyens une voiture dans chaque garage, une volaille dans chaque assiette. Pourtant Flangan (1982) chargé d'évaluer la qualité de vie des Américains propose de prendre en compte certains aspects de bien-être subjectif tel le sentiment de liberté.

Dans les pays développés, il ya longtemps que les responsables politiques affirment que les citoyens en plus de leurs droits au bien matériels avaient aussi le droit à autre chose comme la fait T. Jefferson au USA en incluant dans la constitution le droit au bonheur, ce qui annonce la dualité future des notions de bien-être et de qualité de vie. (Bruchon-Schweitzer. M, 2002 :46-47).

**5) Les domaines de la qualité de vie**

Les domaines de la qualité de vie doivent être selon plusieurs critères et point de vue. Exemple l'état d'un malade peut-être décrit selon divers points de vue diagnostic du

médecin, radiographie, compte rendu du patient, ceci constitue les diverses facettes de la qualité de vie.

L'étude des relations des diverses dimensions de la qualité de vie marque une avancé dans les conceptions de la santé, du bien-être qui sont devenues des notions intégratives qui constituent les critères dans les recherches des sciences de la santé.

D'après les autres dans les domaines de la qualité de vie on trouve qualité catégories, la santé psychologique, physique, les relations sociales et le bien-être matériel.

La notion de la qualité de vie associée à la santé a remplacé celle de la santé toute seule, car il est plus global puisqu'il désigne l'état fonctionnel des individus et les conséquences de cet état sur leur fonctionnement physique, psychologique et sociale. Selon Patrick et Ericsson en 1992, « la qualité de vie associées à la santé est l'évaluation des aspects fonctionnels, relationnels et psychologique de la vie quand ceux-ci dépendent de la maladie, des traitements et des aides financières ». Ceci ne donne pas de précision qu'il s'agit de la qualité de vie associée à la santé.

Par conséquent la qualité de vie associée à la santé est beaucoup plus spécifique que la qualité de vie seul, car la qualité de vie associée à la santé concerne les conséquences de l'état de santé sur les diverses sphères de la vie et non le fonctionnement général des individus. (Bruchon-Schweitzer. M, 2002 :51-52).

### **5-1) Le domaine psychologique de la qualité de vie**

Ici on est dans les conceptions unidimensionnelles, et bidimensionnelles de la santé, car pour certains la composante psychologique de la qualité de vie comprend des émotions et des états affectifs positifs, et pour d'autres elle comprend l'absence d'affects négatifs. On est proche du bien-être subjectif, quand aux performances cognitives et psychomotrices elles sont classées soit dans la « dimension psychologique » soit « la dimension de santé physique et fonctionnelles », mais il serait préférable de les situer dans le domaine psychologique car les altérations qui touchent la mémoire ou la concentration font parti du fonctionnement psychologique. Il existe des autres qui situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamique processuelles comme

le développement personnel, comme la vie spirituelle pour d'autres les valeurs de l'individu sont à classer dans d'autres catégories.

### **5-2) Le domaine physique de la qualité de vie**

Il comprend plusieurs aspects de la santé, dont les principaux sont la santé physique et la capacité fonctionnelle, qui se dévient en composantes plus fines. Ainsi elle comprend l'énergie, le repos, la douleur, le sommeil et d'autres indicateurs biologiques et les capacités fonctionnelles concernent le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes qu'il peut accomplir.

L'évaluation de ses deux aspects de la qualité de vie physique, se fait selon deux points de vue le premier est le point de vue externe, exemple médical ou objectif, et le second est interne ou subjectif par l'auto-évaluation par le sujet lui-même. (Bruchon-Schweitzer. M, 2002 :53-54).

### **5-3) Le domaine social de la qualité de vie**

Il intègre les relations, les activités, les rapports à l'environnement social, amical et professionnel. Le plus souvent un soutien social est perçu en termes de disponibilité et de satisfaction, en conséquence le fonctionnement social sera optimal dans les différentes sphères. Il y a beaucoup d'échelles qui évaluent la santé sociale définie comme la participation à des activités sociales, c'est le cas des échelles larges comme WOQL à 100 items explore six dimensions de la qualité de vie, physique, environnement, relation sociale, autonomie et enfin spirituelle. (Bruchon-Schweitzer. M, 2002 :55).

### **5-4) Le domaine environnemental de la qualité de vie**

Dans ce courant de pensée les recherches étaient consacrées à l'approche dite objectives de la qualité de vie. Cette démarche était en rapport étroit avec les projets politiques et les dispositions prises pour leurs mises en œuvre. Elle rapportait au plus haut niveau politique, les études concernant l'environnement dans lequel vit la société telle que : le niveau de vie, la pollution, la scolarité, les crimes et la délinquance. Nous retrouvons dans la littérature différents exemples d'enquête dans de grandes villes du monde qui ont été menées pour mesurer le niveau de satisfaction des personnes de leurs conditions de vie. (Boudouda, N.E, 2013 :58).

### **5-5) Le domaine de l'organisation**

L'étude de la qualité de vie au travail est présentée depuis quelques années comme fondamentale, à cause des changements observés dans le monde économique et l'évolution accrue du taux d'employer qui sont dans l'incapacité de travailler à cause de leurs problèmes de santé psychologique.

La définition de la qualité de vie au travail est très complexe, car elle peut-être confondue avec d'autres indicateurs tels que le stress au travail ce qui a laissé paraître trois points importants qui décrivent la qualité de vie au travail comme étant :

- 1) Un construit subjectif ;
- 2) Devant intégrer des aspects organisationnels, individuels et sociaux ;
- 3) Le travail ayant une influence certaine sur les autres domaines de la vie et il fait partie intégrante de la qualité de vie générale.

Les instruments de mesures systémiques mis en place pour étudier la qualité de vie au travail ont un double objectif. Ils prennent en compte en premier lieu les différents problèmes individuels et ou organisationnels, en second lieu l'objectif est d'organiser une méthode de prévention. (Boudouda, N. E, 2013 :59).

**Maretel et Dupuis, 2004** ont avancé une définition qui considère que : « La qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie fonctionnement global de la société ». (Boudouda, N. E, 2013 :59).

### **6) La qualité de vie liée à la santé**

Le terme de « qualité de vie liée à la santé » fut alors inventé pour justifier l'utilisation des mesures disponibles qui n'était pas auparavant disponibles en changeant leur nom. Ce concept implique que l'on puisse analyser la qualité de vie dans ses composantes « liée à la santé » et ses composantes « non liées à la santé ». Cette perspective ne tient pas compte de l'interconnexion du statut de l'état de santé avec les autres aspects de l'existence tels que ; les variations de l'image de soi, des habitudes de

vie, des relations et stratégies personnelles, des responsabilités, du statut professionnel et des revenus.

**Selon Patrick et Erickson (1993)**, « la qualité de vie liée à la santé la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé ».

Pour la plus part des auteurs, la qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel. L'identification de ses dimensions et l'importance respective (la pondération) qui leur est attribuée lors de la mesure sont des enjeux importants.

On trouve souvent, dans les instruments, quatre dimensions principales qui sont :

L'état physique du sujet (autonomie, capacités physique) ; ses sensations somatiques (symptômes, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleur) ; son état psychologique (émotion, anxiété, dépression) ; ses relations sociales et son rapport à l'environnement familiale, amical ou professionnel.

**Pour Marilyn Bergner (1989)**, les principaux domaines de la qualité de vie sont ; les symptômes ; le statut fonctionnel ; les activités liées au rôle social ; le fonctionnement social ; la cognition ; le sommeil et le repos ; l'énergie de la vitalité ; l'état ou le statut émotionnel ; la perception de la santé ; la satisfaction générale à l'égard de la vie. (Lepège, A & Coste, J.2001 :20-21).

## **7) Les déterminants de la qualité de vie à la santé**

On appelle déterminant de la qualité de vie liée à la santé, tout facteur qui influence le niveau de celle-ci par le seul fait de sa présence. Ces déterminants peuvent être d'origine culturelle, comportementale, psychologique, environnementale, sociale, éducationnelle, économique.

L'identification des déterminants permet d'améliorer les connaissances sur la qualité de vie liée à la santé. Parce qu'ils font varier le niveau de la qualité de vie liée à la santé, les déterminants doivent être pris en compte pour l'établissement de référence.



Mais aussi, parce qu'ils sont parfois aussi des facteurs de risque pour les maladies et donc parce qu'ils peuvent entraîner un biais de confusion, les déterminants doivent être pris en compte pour l'étude de la relation entre la qualité de vie liée à la santé et d'autres variables d'intérêt. Les déterminants qui sont connus pour influencer la qualité de vie liée à la santé, on va tenter de dresser parmi ces déterminants. (Mercier. C & Filion. J, 2007 :140).

### **7-1) Les variables sociodémographiques**

Il est indéniable que les variables sociodémographiques et économiques jouent un rôle important dans l'évaluation de la qualité de vie. Déjà Cantril en 1965 concluait dans son étude que les pays les plus riches étaient aussi les plus heureux.

Cependant, les différences entre les pays les plus privilégiés et les pays les plus défavorisés de son étude étaient plutôt irrégulières et la relation entre la prospérité et le bonheur n'était pas très forte. Pour sa part, Gallup en 1976 rapporte que la privation économique semble affecter autant l'esprit que le corps. De façon générale, les pays avec les revenus per capita les plus élevés se retrouvent invariablement aux premiers rangs dans les tests de bien-être psychologique et de satisfaction face aux aspects majeurs de la vie. Les résultats de ces recherches supportent l'hypothèse selon laquelle le sentiment national de bien-être dépend du niveau de développement économique du pays. (Mercier. C & Filion. J, 2017 : 139-140).

De plus, il est également vrai que, dans chacun des pays où des études ont menées, les individus les plus prospères tendent à évaluer leur vie plus positivement que les gens pauvres. Il semblerait que le sentiment de bien-être d'un individu soit plus influencé par le fait que son statut économique se compare avantageusement avec celui des autres individus du même pays, que par le fait que la situation économique de son pays soit plus enviable que celle d'autres pays.

Cependant, les conditions de vie un pays prospère sont nettement plus propices au développement d'évaluations positives du bien-être des individus que les situations qui prévalent dans les pays pauvres. Les travaux de Campbell en 1981 sur le sentiment de bien-être des Américains relèvent des points qui militent en faveur de cette vision des choses.

Les résultats de Campbell indiquent que la plupart des gens décrivent leur vie en termes relativement positifs, quoique certains individus soient plus positifs que d'autres. Ces différences résultent en partie de leur position dans l'échelle sociale. Le revenu, l'éducation et la profession d'un individu constituent de puissants descripteurs de ses conditions de vie objectives.

Or ils expliquent à eux seuls plus de 10% de la variance du niveau général de satisfaction et de bien-être. Dans sa revue de littérature, Diener en 1984 a identifié d'autres conditions objectives qui influent sur le sentiment de bien-être.

Les résultats de la plupart des études démontrent que le niveau de satisfaction s'élève généralement avec l'âge. Par contre, les sentiments, positifs que les autres. Les personnes sans emploi sont celles qui portent les jugements les plus sévères sur la vie.

Par ailleurs, le genre ou le fait d'avoir des enfants n'influencent pas la perception de la qualité de la vie. Ces résultats semblent assez constants : l'enquête de Bradburn en 1969 avait déjà laissé apparaître que les personnes sont plus heureuses si elles ont un revenu plus élevé, un emploi, si elles sont jeunes et mariées. Les sentiments négatifs sont associés à une mauvaise santé, physique et mentale. (Mercier. C & Filion. J, 2017 : 139-140).

### **7-2) Les variables reliées aux conditions de vie**

Flanagan en 1978 a tenté d'identifier empiriquement quels éléments de l'existence quotidienne ont la plus grande influence sur la qualité de vie. Pour ce faire, plus de 6500 incidents critiques ont été rapportés par un échantillon de près de 3000 personnes.

Ces incidents critiques ont ensuite été regroupés en quinze catégories comprenant des types de comportements et d'expériences semblables. Ces catégories forment cinq groupes distincts : bien-être matériel et physique (sécurité financière, santé et sécurité personnelle) ; les relations avec les autres (conjoint, enfants, famille, amis) ; les activités sociales, civiques et communautaires ; le développement personnel et l'accomplissement (développement intellectuel, compréhension personnelle, emploi, créativité et expression personnelle) ; le temps libre (socialisation, activités, récréatives actives et passives).

Dans un second temps, le même chercheur a demandé aux sujets, dans le cadre d'une enquête nationale, quelle importance ses catégories revêtaient actuellement pour eux. Il

ressort de l'étude de Flanagan que la variable jugée la plus importante par la grande majorité des gens est celle de la santé et de la sécurité personnelle, laquelle obtient plus de 95% des suffrages.

Viennent ensuite le fait d'avoir et d'élever des enfants ainsi que le fait de se comprendre soi-même, qui sont des facteurs importants ou très importants pour plus de 85% des répondants.

Le confort matériel, les relations d'intimité avec le conjoint et le travail sont évalués comme importants ou très importants par près de 80% des répondants. Les six domaines présentant les plus grands coefficients de corrélation avec la qualité de vie globale sont confort matériel, la santé, le travail, la récréation active, l'apprentissage et l'expression créative.

Dans une étude du même type, Bharadwaj en 1977 ont identifié la santé, la famille et la communauté comme les principales sources de satisfaction chez les hommes. Chez les femmes, la vie familiale domine. Chez les personnes âgées, l'occupation du temps libre et la famille prennent le plus d'importance.

Les études nationales Américaines indiquent que, parmi les domaines de la vie qui constituent les meilleurs prédicteurs de bonheur éprouvé par un individu, figurent en tête de liste la satisfaction face au mariage et à la vie familiale.

De façon générale, les résultats obtenus par Campbell démontrent que pour la plupart des gens un mariage et une vie familiale réussis sont associés de près à un grand Sentiment de bien-être.

Le fait d'avoir des amis et d'entretenir des relations intimes et gratifiantes avec ceux-ci contribue également à la qualité de la vie. La santé physique revêt aussi une importance indéniable dans l'évaluation de la qualité de la vie.

De façon générale, et surtout chez les personnes âgées où elle est effectivement souvent altérée, la santé physique est étroitement liée au sentiment de bien-être. Le fait d'être physiquement séduisant est généralement relié à des affects positifs et est associé au fait d'être jeune, en santé, intelligent et bien éduqué. (Mercier. C & Filion. J, 2017 : 139-140).

Une auto-évaluation positive est importante dans la mesure où les gens qui entretiennent des sentiments positifs envers eux-mêmes voient leur vie beaucoup plus favorablement que ceux qui ne se distinguent que par leur réussite aux niveaux économique et éducationnel.

D'après l'étude longitudinale conduite par Heady et ses collaborateurs en Australie, il semble que le bien-être et l'inconfort, relèvent d'indicateurs distincts.

Les conditions socio-économiques et la santé influencent davantage les affects négatifs. Ainsi, le fait d'être en mauvaise santé va produire une évaluation négative de la qualité de la vie alors que les personnes en bonne santé ne considèrent pas la santé dans leur appréciation de la qualité de la vie.

La satisfaction dans l'ordre du loisir, des amis et du mariage contribue davantage aux perceptions positives. De même, un réseau social bien développé va augmenter le sentiment de bien-être, sans pour autant atténuer de façon sensible les affects négatifs.

Enfin, un ensemble d'études considèrent le rôle et l'influence de la communauté sur le sentiment de bien-être. Ces recherches s'intéressent aux liens entre le voisinage, l'environnement physique et social et la qualité de la vie. (Mercier. C & Filion. J, 2017 : 140-141).

## **8) Mesure et l'évaluation de la qualité de vie**

Les mesures de la qualité de vie sont plus en plus utilisées dans le monde de la recherche pour la santé, elles ont l'intérêt de pouvoir quantifier l'impact des maladies ou des différentes interventions de la santé sur la vie quotidienne des patients. (Leplege, D, 2007 : 18).

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que la qualité de vie ne doit pas être rapportée que par le patient concerné vue qu'elle est intrinsèque.

Des échelles de la qualité de vie spécifiques ont été construites pour décrire de façon fine et sensible des populations cliniques particulières (patients douloureux, cancéreux, cardiaques, insomniaques). Elles sont utilisées le plus souvent pour évaluer de façon précise l'impact d'une pathologie sur les divers domaines de la vie. Dans cette mesure on

trouve L'AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales) et le QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire For Cancer Patient). (Marilou, 2002 :75).

### **8-1) Les questionnaires génériques**

Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent, en particulier, de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes. Mais ils manquent de sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales). Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants : SF-36(MOS-36 Short Form), avec 36 items regroupés en 8échelles : activité physique (10), limitation/ état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/relation (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique. NHP (Nttingham Health Pofile) (7), avec 45 items regroupes en 6 échelles; HOQOL (HWO Quality Of Life assessment), avec 100 items ; WHOQOL BREF (8), avec 26 items regroupés en 4échelles.

### **8-2) Les questionnaires spécifiques**

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, cancérologie) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur, sommeil). Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile.

Généralement, des modules particuliers sont associés au questionnaire spécifique à une pathologie (appelé 'questionnaire central' ou 'core questionnaire'). Les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique.

**8-2-1) Les échelles d'auto- évaluation :** Remplis par le sujet lui-même, sous la forme d'un questionnaire, dans des conditions standardisées, après leur avoir donné de rigoureuses explications. Ses avantages sont de n'avoir pas besoin d'un évaluateur qualité.

**8-2-2) Les échelles d'hétéro- évaluation :** Remplies par un évaluateur externe ; il doit donc être entraîné, sa formation est primordiale et c'est là que réside la faiblesse de ces échelles. L'évaluateur doit veiller à ne pas donner la réponse au patient et doit tout noter de façon systématique. (Mercier, Schraub, 2005 :431).

## **9) Les différentes approches pour mesurer la qualité de vie**

D'après Mercier Scharaub (2005) on peut distinguer deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie : entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative).

### **9-1) L'entretien psychologique**

À sans doute l'avantage de permettre une évaluation plus globale de la qualité de vie, mais il a aussi plusieurs inconvénients : la reproductibilité n'est pas évident ; la standardisation est difficile (ce qui ne permet pas d'étude comparative) l'application a grande échelle est impossible ; le cout est élevé.

### **9-2) Les outils psychologiques**

Les échelles, questionnaires permettent une mesure standardisé, mais ont l'inconvénient de réalisé évaluation plus restrictive de la qualité de vie pour la majorité, ces outils s'adressent a l'ensemble d'une population donnée. Ils fournissent des informations qui sont valables en moyenne, pour l'ensemble du groupe d'individus. Ils sont généralement utilisés pour aider à prendre des discisions au niveau collectif. (Mercier, Schraub, 2005 :419).

## **10) Les quatre composantes constituées de tout instrument**

Premièrement le questionnaire comprend un ensemble de descripteurs qui vont permettre de définir les différents états de santé du sujet. Ses questions regroupées en dimensions mesurée dont on pense liées à la qualité de vie.

Deuxième élément, un ensemble de valeurs subjectif qui sont associées à chacun des états possibles et les situent quantitativement les un par apport aux autres.

Troisième élément, la fonction d'attribution des valeurs à chacun des états possible, c'est à-dire la formule « algorithme » qui permet de calculer chaque score et qui fixe les relations entre les réponses du sujet aux questions et la mesure de concept interrogés.

Quatrième élément, la littérature de référence qui permet de comprendre et d'interpréter la signification des mesures obtenues. (Auquier. P & Iordanova. T, 2004 :30).

### **11) L'objectif de la mesure de la qualité de vie**

L'objectif de mesure de la qualité de vie peut-être de décrire des personnes ou des groupes de personnes, notamment pour évaluer si elles sont à risque. Un autre but est de détecter des changements dans le temps, en particulier dans le cadre d'essais thérapeutiques. En le troisième intérêt est de prédire une évolution future de santé, dans un cadre de prévention. (Gras. D, 2009 :19).

### **Conclusion**

À travers l'analyse du concept de la qualité de vie, nous avons constaté que la qualité de vie est un concept intégrant dans plusieurs dimensions. Donc il y en a qui disent que c'est le bien-être matériel, et d'autres qui disent que c'est le bien-être subjectifs, mais le principe c'est de donner des dispositifs et des moyens permettant l'amélioration de la qualité de vie.



## **Partie II**

### **La partie pratique**





## **Chapitre III**

### **La méthodologie de recherche**

**Introduction**

Pour réaliser une recherche, le chercheur il se base sur une méthodologie bien déterminée, et doit avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des méthodes de recherche utilisées. Avant de parvenir à notre but, on est sensé d'abord faire une pré-enquête, pour recevoir maximum d'information relies à notre thème de recherche, afin de construire nos hypothèses de recherche.

On va présenter dans ce chapitre la méthode suivie dans notre recherche, lieu de stage pratique ainsi que le déroulement de notre travail sur le terrain de vérifier nos hypothèses.

**1) Déroulement de la recherche****1-1) La pré-enquête**

La pré-enquête c'est une phrase préparatoire, elle permet de délimiter et d'identifier le terrain de groupe d'étude dont le but de recueillir le maximum d'information sur le sujet d'étude.

Selon Wullemin, la pré-enquête elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte globale (sociologique, économique, historique, psychologique) et de formuler des hypothèses générales. Bien que cruciale, cette étape est peu formalisée. Tous les supports ou moyen d'information accessibles sont explorés, il peut ainsi s'agir de réaliser une observation directe ou de mettre en œuvre une méthode documentaliste. (Sales.E.Wullemin, 2006 :6)

Pour réaliser notre mémoire fin d'étude (master), sur le thème « La qualité de vie chez les enfants handicapés intégrer aux seins des école ordinaires ». Nous avons commencé de visiter les écoles primaires dans différents localisation de la wilaya de Bejaia, Dans le but de voire le maximum de cas pour cerner notre population d'étude.

Cette dernière se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits, a fin de recueillir le plus possible d'information sur notre thème de recherche qui permet le déroulement de l'enquête. OÙ nous avons trouvé une comptabilité de notre thème avec le terrain, ainsi que de confirmer la disponibilité des cas, et la pertinence des hypothèses et le

rendement des techniques utilisées, au niveau de l'établissement de primaire »Chahid Mebarki Lounis-Melbou »

Après avoir eu l'avis favorable par le directeur de l'établissement, nous avons réalisé notre stage de pratique qui nous a permis d'avoir le contact en premier lieu avec le directeur, puis avec les enseignants et les cas. Pour établir notre recherche on a convoqué les parents des cas de notre groupe de la recherche. Afin de nous donner leur accord de participer et être sujet de notre recherche et aussi pour les informer sur les techniques de la recherche on les a expliqués qu'il s'agit d'un guide d'entretien.

### **1-2) L'enquête**

Elle consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, p.131-132).

Après avoir obtenu les autorisations, nous avons entamé notre enquête qui a duré trois mois, du 06/01/2019 au 05/04/2019, avec des sujets handicapés qui constituent de ce fait notre population d'étude, différents des sujets rencontrés dans le cadre de la pré-enquête précédemment citée. Nos entretiens et la passation du teste ont été effectués dans le bureau du directeur.

### **2) La présentation du lieu de la recherche**

Afin de pouvoir réaliser notre recherche sur la qualité de vie chez les enfants handicapés intégrés aux seins des écoles ordinaires. Notre recherche a été effectuée au primaire « Chahid Mebarki Lounis » qui se situe à Melbou.

Le premier contact a été établi avec le directeur de l'école primaire qui a donné un avis favorable dès notre entrevue. Pour mener cette étude, nous nous sommes rapprochés des élèves qui sont handicapés.

Cet établissement est dirigé par le directeur, l'établissement est doté d'une superficie de 9114,72 m<sup>2</sup> mètre carré, il y a en tout 12 classes ; 2 classes de pré scolaire et 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup>, 3 classes de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année, le nombre des élèves est 522, le nombre

d'enseignants est de 18. Ce primaire contient un stade qui permet de pratiquer des activités sportives et une cantine.

### 3) Présentation la population d'étude

Notre population d'étude issue de la même école et qui se compose de neuf cas atteints d'un handicap inscrit en 1<sup>ère</sup> année et 5<sup>ème</sup> année primaire, se trouve au sein de l'établissement la population d'étude était choisie selon quelques critères qu'on va citer ci-dessous.

#### 1-3) Les critères d'homogénéité retenue

On a retenu comme critères de sélection de notre groupe d'étude, tous les cas disponibles répondant à :

- 1) Touts les cas sont des enfants leurs âges varient entre 08 à 10 ans ;
- 2) Touts les cas choisis pour notre recherche souffrent de l'handicape ;
- 3) Notre groupe d'étude est constitué des jeunes enfants scolarisés dans un même établissement.

#### 2-3) Les critères non pertinents de sélection

- 1) Le sexe ; cette variable n'est prise en compte étant donné que notre population englobe les deux sexes ;
- 2) touts les cas ne présentent pas le même type d'handicape ;
- 3) touts les cas ne sont pas de même niveau scolaire.

Le tableau ci-dessous va récapituler les critères de sélection de la population d'étude.

Critères Cas	Sexe	Age	Niveau scolaire	Type d'handicap
<b>Yacine</b>	Masculin	10	Quatrième année	Moteur
<b>Amel</b>	Féminin	08	Troisième année	Moteur
<b>Farouk</b>	Masculin	08	Troisième année	Moteur
<b>Yasmine</b>	Féminin	09	Quatrième année	Visuel (malvoyance)
<b>Hinde</b>	Féminin	10	Cinquième année	Visuel (malvoyance)

<b>Lamia</b>	Féminin	09	Quatrième année	Visuel (malvoyance)
<b>Hilale</b>	Masculin	10	Quatrième année	Auditive
<b>Malika</b>	Féminin	10	Cinquième année	Auditive
<b>Merieme</b>	Féminin	08	Cinquième année	Auditive

**Tableau N°2) Tableau présente les critères de sélection de population d'étude**

#### **4) La méthode de recherche**

M. Grawitz (1993) définit une méthode « comme l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre les vérifie ». La méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de la réalité. (Gumuchian h et all, 2000 :77).

Comme notre étude vise décrire la qualité de vie chez les enfants handicapés, nous avons utilisé la méthode descriptive.

##### **1-4) La méthode descriptive**

La méthode descriptive essaie de décrire le phénomène tel qu'ils existent, plutôt de manipuler des variables pour tester les causes et leurs effets (WESTEND.D, 2000 :62).

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

**N'da Paul**, « nous pouvons indiquer que la méthode descriptive consiste à décrire, nommer ou caractériser u phénomène, une situation ou un événement de sorte qu'il apparaisse familier ». (N'da Pau, 2002 :19).

**2-4) L'étude de cas**

Elle constitue une approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle. L'étude de cas se penche sur une unité particulière quelconque. Elle fait plus souvent appel à des méthodes qualitatives, dont l'entrevue (entretien) semi dirigé. Cependant, il n'est pas rare que les informations soient recueillies par différents types d'instrument. (Gauthier. B, 2009 : 200).

Ainsi, la méthode du cas par cas, ou mieux, la méthode d'un par un, pour le clinicien, l'histoire de celui qu'il rencontre ne peut jamais être assimilée à aucune autre. Le psychologue pense qu'il a intérêt à intérêt à ressaisir l'épaisseur, l'intensité dramatique de l'histoire d'un sujet singulier pour comprendre ses comportements. (Robinson. B, 2006 :17).

**5) Les outils de la recherche****1-5) L'entretien clinique**

Dans notre recherche, on a choisi l'entretien clinique car c'est une technique fréquemment employée comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus (histoire personnelle, événements vécus, représentation, émotions). (Chahraoui.Kh, et Bénony.H .2003 :141)

Ces informations nous permettent de comprendre le fonctionnement psychique d'un sujet. Selon M., Grawitz, l'entretien est un mode de collecte de données ; « c'est un procédé d'investigation pour recueillir des scientifiques, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé » (Dépelteau, F, 200 :314).

**1-5-1) L'entretien semi-directif**

L'entretien semi-directif c'est un usage complémentaire où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette

structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien. (Lonescus. S & Blanchet. A, 2006 :13)

Dans l'entretien semi-directif le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposer sans l'interrompe. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur pose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit (BENONY, Chahraoui, 1999 :19).

### **1-5-2) Présentation du guide d'entretien**

Le guide d'entretien comprend des thématiques à traiter, le clinicien cherche prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe, il s'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien. (Benony, Chahraoui, 1999 :69).

Pour mener notre entretien en pratique, on a utilisé trois guides d'entretiens un pour les enfants handicapés et un pour leurs parents et l'autre pour les instituteurs, chacun composé de trois axes, dont chaque axe contient des questions, en relation directe avec notre recherche. L'ensemble de ces questions sont posés en langue française.

#### **Guide d'entretien avec les enfants handicapés : compose de trois axes.**

Axe N°1) réservé pour des données personnelles sur les enfants handicapés.

Axe N°2) réservé pour la collecte des données de l'enfant au sein de l'école

Axe N°3) réservé pour le regard vers l'avenir

#### **Guide d'entretien avec les parents : compose de trois axes.**

Axe N°1) réservé pour les données personnelles sur les parents.

Axe N°2) réservé pour des données sur les sujets et leur histoire.

Axe N°3) réservé pour des données sur les sujets au sein de la maison.

**Guide d'entretien avec les instituteurs : compose de trois axes.**

Axe N°1) réservé pour les données professionnelles sur les instituteurs.

Axe N°2) réservé pour les données des enfants handicapés dans l'entourage de l'école.

Axe N°3) réservé pour les données des enfants handicapés en classe et son qualité de vie scolaire.

**2-5) Test dessin de bonhomme****2-5-1) Définition du test**

**Zazzo en 1969 :** « un test correspond à une épreuve strictement définie dans ses conditions d'application et dans ce mode de notation, qui permet de situer le sujet par apport à une population elle-même bien définie ». (Laval, V, 2004 :105).

**2-5-2) Définition et application du test du bonhomme**

L'étude la plus connue est celle de Goodenough(1926) qui a donnée lieu à une révision de Harris (1926). Goodenough considère que l'élément intellectuel est le facteur prédominant dans la détermination des résultats. Elle a commencé la mise au point de son épreuve avec l'idée que « chez le jeune enfant, une relation étroite est apparente entre le développement mental révélé par ses dessins et son intelligence ». (Baldy, B, 2002 :85).

**2-5-3) Procédure d'analyse du dessin du bonhomme**

Le travail consiste à relever, pour en déduire des significations, différents aspects du dessin, en s'aidant éventuellement, pour les noter, de la « feuille de notation » éditée à cet effet (Edition Editest, Bruxelles).

**On considérant****Les aspects globaux du dessin**

- 1) Emplacement
- 2) Dimensions et propositions
- 3) Tracé
- 4) Position et symétrie
- 5) Posture et mouvement
- 6) Couleur



- 7) Personnalisation (âge, sexe, identité)
- 8) Expression
- 9) Environnement

**Les aspects analytiques du dessin**

- 1) Tête
- 2) Tronc
- 3) Membres
- 4) vêtement (Jacqueline. R. 1987 :118-119)

**Conclusion**

La méthodologie est l'une des parties les plus importantes dans chaque étude scientifique qui nous permet un bon usage des techniques d'investigation choisis, ainsi qu'une rigueur dans l'analyse des données recueillies durant notre recherche, pour répondre à l'objectif de cette recherche sur la qualité de vie chez les enfants handicapés intégrés au sein des écoles ordinaires.



## **Chapitre IV**

### **Analyse des résultats et discussion des hypothèses**

## 1) Présentation et analyse des données des entretiens selon les cas

### 1-1) Présentation et analyse du cas : « Yacine »

Yacine, est un enfant âgé de 10 ans. Il est en quatrième année primaire dans une école ordinaire, il a refait l'année en deuxième année à cause d'une opération car il est atteint d'une infirmité motrice cérébrale depuis la grossesse sous forme d'une paraplégie au niveau du pied gauche. Yacine, issu d'une famille d'un niveau socio-économique favorable, son père est un ingénieur en génie civile, quant à sa mère est une femme au foyer, d'un niveau d'institution master en biologie.

Au cours de l'entretien avec Yacine, il a accepté qu'on lui pose des questions, c'était quelqu'un qui aime parler et communique bien sans avoir peur, il nous a montré toute sa vie, même sa relation avec ses camarades et famille, ajoute qu'il aime bien l'école.

En premier temps, on a demandé aux parents de Yacine de se rapprocher au niveau de l'établissement. Alors la maman s'est rapprochée, vue la non disponibilité de père parce que tout le temps est hors wilaya ce qui nous a obligé de passer l'entretien avec la mère à son arrivée ; nous avons expliqué notre objectif de recherche et que toutes les informations resteront dans l'anonymat. Elle finit par accepter et de participer à notre entretien qui a duré 40 minutes.

La maman de Yacine, âgée de 33 ans, elle nous a parlé de sa grossesse qui n'était pas programmée. On a constaté que Yacine est un enfant n'était pas désiré, au quelle la maman nous a parlé que : **« après le mariage avec mon marie on a programmé de ne pas avoir d'enfants au moins après de deux années, parce qu'on était encore jeunes et surtout que je suis toujours occupé car je n'ai pas terminé mes études universitaire, j'étais en master deux je préparais ma thèse de master, mais malheureusement j'ai tombé enceinte après quatre mois de mariage »**. Elle rajoute que la grossesse était très difficile surtout avec le déplacement chaque jour pour assister au cours et les TP. Durant la grossesse je faisais des visites chez un gynécologue, au cinquième mois a diagnostiqué qu'il y'a une Déficience motrice d'origine congénitale survenue pendant la grossesse, entraînant des malformations et une déformation organique au niveau du pied gauche. Elle nous informe que l'accouchement c'était césarienne. La

maman dit que **«exactement dès la première minute de sa naissance, que la sage femme m’informe que mon fils a un problème au niveau de son pieds »**.

Elle nous a rapporté qu’après trois jours de la naissance de Yacine elle l’a présenté à un pédiatre qui l’a orienté vers un spécialiste (Orthopédiste), celui-ci a confirmé la malformation au niveau du son pied gauche.

Concernant l’acquisition de l’autonomie de Yacine, la maman nous a déclaré que la majorité des acquisitions n’ont pas été faites à temps tel que la marche ou il l’a commencé vers trois ans, elle ajoute que l’autonomie vestimentaire et alimentaire de son fils ne s’habille pas tout seul même n’arrive pas à enfiler ses lassés seul.

Revenant a son autonomie sphinctérienne et en hygiène il ne se lave pas seul, ne prend pas son bain. La maman dit : **« k le début akchichiw olozmire ikhedeme les besoin-kis, mais s k huit ans ikmansa itekhalak fel3mris »**, **« mon fils au début n’arrive pas à faire tous ces besoins, mais à partir de huit ans commence de se compte sur lui-même»**.

Elle dit aussi que son fils rencontre quelque difficulté pour réaliser certaines activités à cause de son incapacité physique au niveau du pied gauche mais malgré ça il est capable à jouer, il préfère de passer tout le temps de jouer les jeux électroniques ou bien de dessiner, participer à des activités de loisirs. Il aime le sport surtout le foot-balle d’ailleurs il a appris tous les noms de ses joueurs préféré.

Concernant la réalisation de ses devoirs, la maman nous informe que Yacine n’a aucune difficulté dans la scolarisation et même ses exercices les réalisent la plupart du temps tout seul sans demander de l’aide et il fait des cours de soutien en mathématiques et en langue française.

D’une autre part, on a établi un entretien avec l’enseignante de Yacine dans un but d’obtenir le maximum d’information ; ce qui concerne la qualité de vie au sein de l’école. L’enseignante possède une expérience de 9 ans dans le domaine d’enseignement elle enseigne Yacine depuis la deuxième année, elle était compréhensive lors de l’entretien qui s’est déroulé dans le bureau du directeur qui a duré 30 minutes.

Durant notre entretien avec l'enseignante de Yacine, elle nous informe que : **« la rentrée au préscolaire se passe avec difficulté il pleure, il ne veut pas aller à l'école, n'accepte pas la scolarisation ce qui a obligé sa maman de l'accompagner dans les premiers temps. Mais à partir de la première et de la deuxième année qu'il commence à s'adapter avec l'environnement scolaire »**. Donc, on constate qu'au début (pendant le préscolaire) a eu des difficultés à s'adapter avec le nouveau environnement parce que y'a tout un changement.

Concernant la relation de Yacine avec ces camarades dans la classe ou bien dans l'école, l'enseignante nous a avouée que Yacine s'adapte rapidement, cherche à connaître mieux leurs camarades on peut dire c'est quelqu'un de sociable, durant la récréation essaye de jouer malgré l'état de santé de son pied. Rajoute aussi, que Yacine est un enfant très calme en classe, ne bavarde pas et ne dérange jamais ses camarades.

L'enseignante nous parle du déroulement des séances en classe avec Yacine. Elle dit : **«Yacine, est un élève qui aime l'école, ne s'absente jamais, même s'il a refait une année à cause de son opération au niveau de son pied, il arrive à suivre les cours dans un climat favorable. Moi je n'ai jamais fais une différence entre lui et les autres qui ont passés de la troisième à la quatrième année et ça c'est un point essentielle pour éviter de créer le sentiment d'échec »**.

Revenant aux résultats du Yacine sont satisfaisantes, ça renvoie aux encouragements de la part de l'enseignante, il participe, il prépare ses exercices, a des capacités d'apprentissage, suit les cours régulièrement, sa motivation et ses compétences dans toutes les matières malgré sa situation. Cela s'explique par ses résultats scolaires qu'il a eut.

D'après l'entretien, Yacine présente des sentiments positifs, il est plein d'énergies, Yacine ne considère pas sa situation comme handicap, ne fait jamais la distinction, toujours est en bonne humeur et content. Ce qui explique sa satisfaction de sa réussite et aussi sa relation sociale et familiale marquée par l'adaptation et l'intégration avec l'environnement scolaire. De plus, sa situation ne l'empêche pas à réaliser ses études que l'envisage pour l'avenir ce n'est pas du tout un obstacle qui va mettre une fin à ses études.

**1-1-1)Présentation et analyse du dessin du bonhomme**

Après avoir demandé à Yacine s'il voulait dessiner, il a directement accepté, on lui a demandé de dessiner un bonhomme.

Yacine, prend la feuille verticale et commence à dessiner la tête et colore les cheveux en crayon puis dessine les yeux, les paupières, le nez par un trait, la bouche et les oreilles ensuite passe à la partie du tronc où il dessine le cou puis les épaules, le tronc aussi les bras et les mains. Yacine dessine un short, les jambes, les pieds à chaussures, revient au cou et dessine un col de pull et le colore en jaune. Yacine arrête quelque seconde ensuite prend le crayon, dessine un ballon puis dessine le sol et les fleurs et l'herbe puis le colore en vert.

Yacine dessine un bonhomme grand qui signifie la confiance en soi et l'épanouissement. Le tracé du dessin est direct ce qui montre que Yacine éprouve les sentiments d'assurance en soi ainsi que la satisfaction de soi, tout ça se montre dans l'absence du gommage. Yacine parvient de positionner son dessin par rapport à la page, représenté debout et de face. La posture des bras du bonhomme est verticale, qui s'exprime une tension vers l'entourage et un besoin de se contrôler ; et la posture des jambes est écartées, qui donne une impression de stabilité, le dessin attaché à la présence du mouvement par le facteur d'adjonction, la présence d'objet (un ballon). Pour les couleurs, Yacine utilise le vert : symbole de l'espoir, le jaune renvoie à la sagesse, l'intensification de la coloration d'une zone du dessin, signifiant afflux d'énergie psychique, renseigne sur les sentiments de Yacine. Selon le dessin le sexe est un joueur, Yacine fournit un environnement décoratif au bonhomme avec le sol : est un symbole de sécurité, nourriture, sa présence indique l'importance bénéfique du milieu de vie. Et décoré par les fleurs : symboles de la joie.

La tête du bonhomme est considérée comme un symbole du « moi » et siège de la pensée, des aspirations intellectuelles, elle est aussi le lieu de la communication sociale car elle contient des organes qui servent aux échanges avec autrui. Les traits du visage sont présents dans le dessin (nez, yeux, bouche, oreilles) donnent une expression qui indique les instruments de la communication et une préoccupation concernant « l'entendre » et « le savoir », et aussi on peut le considérer comme un signe de

curiosité « écouter ce qui se dit ». Yacine dessine un bonhomme avec des épaules bien large ce qui favorise la force physique. L'existence des jambes et les bras dans le dessin expriment la sécurité, l'affirmation de soi, le contact avec l'environnement ainsi que les mains et les pieds sont des organes du contact avec autrui. Le bonhomme est habillé par les vêtements ont eu primitivement pour raison d'être la protection du corps contre les intempéries ou les coups.

### **Synthèse du l'analyse selon l'entretien et dessin de bonhomme**

Selon les résultats de l'analyse de l'entretien et le dessin de bonhomme on a remarqué que Yacine est un garçon souriant tout au long de l'entretien, de bonne humeur, quant à la qualité de vie, on note que Yacine profite de sa vie comme tout enfants, passe des moments on jouant avec ses pairs, mais sans handicap ne l'empêche pas de vivre son enfance, pour lui le handicap n'est pas un obstacle. Le plus important pour lui sa relation est bonnes intégration et l'adaptation au milieu scolaire aussi la fréquentation au différent type de groupe, ne s'isole pas, sans rendement scolaire est excellent et peut travailler plus, fait des efforts pour atteindre ses objectif qui sont exprimés par un grand espoir. Donc on est arrivé à un résultat qui veut dire que Yacine a une bonne qualité de vie au sein de l'école ordinaire.

#### **1-2) Présentation et analyse du cas : « Amal »**

Amal, jeune fille âgée de 8 ans, inscrite en troisième année primaire au sein d'une école ordinaire. Elle a eu des résultats à la moyenne. Issue d'une famille d'un niveau socio-économique moyen, son père est comptable, quant à sa mère responsable d'un atelier de couture. Amel est la benjamine d'une fratrie de deux filles. Elle souffre d'un handicap moteur au niveau de la colonne vertébrale.

On s'est rapproché vers Amel durant la récréation, on a parlé avec elle, au début elle était un peu timide, mais à la deuxième fois elle a acceptée de nous parler librement, elle était très clame quand on lui pose des questions elle répond brièvement et sans prendre beaucoup de temps. Discute sur ses propres projets, avoue qu'elle veut être une avocate.

Au premier temps on a demandé aux parents d'Amel de rapprocher au niveau du bureau du directeur, mais ils n'ont pas répondu à la demande. Donc ce qui nous a obligé

de se rapprocher au milieu du travail de la maman, nous avons expliqué notre objectif de recherche et que toutes les informations resteront dans l'anonymat. Elle a fini par accepter de participer à notre entretien qui a duré 42 minutes.

Elle rajoute, que le non disponibilité de son mari parce qu'il est tout le temps occupé par le travail durant tout les jours de la semaine. Ce qui nous a menées à passer l'entretien seulement avec la maman d'Amel.

Au début de l'entretien, elle nous informe qu'elle a 47ans, et qu'elle a eu sa fille à l'âge de 38ans. Ensuite elle passe directement à la grossesse de sa fille ; qu'elle était programmée, elle dit : **«j'étais très fière»**. A bien verbalisée qu'elle a fait un suivi régulier chez un médecin (gynécologue), la maman dit : **« tout les premiers mois étaient bien passé, aucun problème jusqu'au quatrième mois ou j'ai senti les douleurs intense accompagné avec une fatigue, j'ai pris le rendez-vous chez le gynécologue pour diagnostiquer le problème, qu'il ma confirmé que j'ai rien et ma fille allait bien »**. D'après l'entretien l'accouchement était par césarienne.

Concernant l'âge de l'handicape d'Amel, la maman dit : **«à partir de l'âge de 6 ans Amel trouve des difficultés pour aller à l'école à pied vu qu'il se trouve loin, n'arrive pas à porter le cartable, elle se sent fatiguée rapidement. J'ai pris un rendez-vous chez un spatialiste orthopédiste car tout le temps elle me dit : 'j'ai mal au dos'»**. Le médecin me confirme qu'elle souffre d'un problème au niveau de la colonne vertébrale, exactement une scoliose.

À propos de l'état de santé d'Amel est actuellement stable aime beaucoup jouer, elle fait de la natation plus une rééducation une fois par semaine chez un kinésithérapeute, elle aime beaucoup faire des sorties avec la famille.

D'après les réponses de la maman à nos questionnaires sur ses relations avec ses sœurs, on a remarqué qu'elle vit une vie heureuse, chaleureuse aimable par tous les membres de la famille et même avec les enfants de son entourage, aime rejoindre les groupes des jeunes enfants, garde toujours de bonnes relations avec les autres paires.



Revenant à l'acquisition d'autonomie vestimentaire et alimentaire d'Amel, toujours d'après l'entretien avec la maman on a constaté que Amal s'habille et déshabille sans aucun aide à partir de 7ans même avant de manger se lave les mains, assit à table d'une manière régulière. Elle parle aussi sur l'hygiène et l'autonomie sphinctérienne, elle dit : « **l'acquisition de la propreté est faite au début de 3 ans** ».

La question de la réalisation des devoirs et les exercices, la maman avoue qu'Amel ne rencontre jamais des difficultés dans la résolution des exercices, elle dit : « **Amel la plupart du temps, prépare les exercices seule sans demandé de l'aide, sauf au mathématique et la langue française, mais elle est capable de faire des simples exercices, et je l'aide presque dans ces deux matières** ».

D'une autre part on a établi un entretien avec l'enseignante d'Amel dans un but d'obtenir le maximum d'informations ce qui concerne la qualité de vie au sein de l'école. L'enseignante possède une expérience de 13ans dans le domaine d'enseignement, elle était compréhensive lors de l'entretien qui s'est déroulé dans une classe duré 35minutes.

Selon l'enseignante, Amel a fait le préscolaire dans une école ordinaire comme tout les autres enfants. Et la question de l'état psychique lors de la première fois de la rentrée scolaire est très normal comme les tous autres enfants, elle était très contente, elle l'a exprimée par une joie. Ses premières réactions lors de ses premiers jours à école, elle n'a pas trouvé des difficultés d'adaptation et elle s'est facilement intégrée dans le groupe, l'enseignante dit : « **Amel n'a pas trouvée des difficultés pour s'intégrer avec les autres et avoir des amis parce qu'elle a trouvé un climat favorable qui lui convenait** ».

Amel, présente des sentiments positive au sein d'école ceci est prouvé par l'énergie qu'elle a plus qu'elle est toujours active. Elle ne manifeste jamais des comportements de rejet.

Concernant au rendement scolaire d'Amel est a la moyenne entre 6 et 7 s'a renvois aux efforts de sa part, et l'accompagnement et l'encouragement des enseignants elle dit : « **Je me rapproche d'elle pour la rassurer et l'aider afin de ne pas la ressentir par le manque et l'isolement** ». Amel compétente dans toutes les matières, assimile bien les

cours, elle n'est pas celle qui bavarde dans la classe et qui ne dérange pas ses camarades. Elle s'absente sauf quand elle a un rendez-vous chez un orthopédiste sinon elle vient à l'heure.

L'enseignante, ajoute qu'Amel prépare les exercices et les cours dans la maison, n'oublie jamais ses affaires, elle compte sur elle-même durant l'exécution des exercices, ne compte jamais sur ses camarades, ce qui la pousse à avoir une confiance en soi. Dans ce propos dit : « **Si elle confronte un exercice difficile demande l'aide à moi** ».

### **1-2-1) Présentation et analyse le dessin du bonhomme**

Après avoir demandé à Amel s'elle voulait dessiner, elle a directement acceptée, on lui a donné une feuille blanche et un crayon, les couleurs, une gomme, le taille à crayon et une règle. On lui demandé de dessiner un bonhomme.

Amel, prend la feuille horizontal et commence à dessiner les deux yeux avec les cils, la bouche, le nez puis dessine une tête ovale, pose le crayon et colore la bouche en rouge, le pose et s'arrête quelques secondes ensuite prend le crayon et dessine les cheveux et le cou puis dessine le tronc avec des épaules large puis elle gomme les épaules (a diminué la largeur des épaules), puis trace les bras et les mains commence par le coté droite ensuite le coté gauche, toujours en crayon dessine une jupe avec des jambes et pied en chaussure, prend le couleur rouge et colora le pull et trace des boutons. Amel dessine une fleur dans le côté droit, et un arbre de fruit et le colore en vert et rouge dans le côté gauche, et pour finir le dessin par une fleur dans la main gauche.

Avant que notre cas commence à dessiner, emploi la feuille dans le sens horizontale, sa peut être qu'elle témoigne un sens concret développé (besoin de posséder de l'espace autour de soi) ou bien elle témoigne une attitude d'opposition (besoin d'affirmer sa personnalité en faisant le contraire de ce qui est demandé). La taille du dessin est moyenne de 9,5cm se qui signifie l'assurance, confiance de soi et l'épanouissement de dessinatrice. Le tracé du dessin est direct se qui signifie que le dessinateur prend des décisions, sa minimisation d'utilisation de la gomme prouve sa satisfaction de soi. Et ce qui concerne la posture du bonhomme est comme un individu dans la réalité, exprime son attitude intime. Le besoin de la dessinatrice de se contrôler est marqué par la position verticale des bras,

les jambes sont positionnées en parallèles donnant une impression de stabilité. Le mouvement est présenté par couper une fleur.

D'après le dessin, Amel vie dans un environnement sécurisé, aimée par les gens, fait des activités et a un espoir de vivre ceci est montré par l'emploi des couleurs (le rouge et le vert). D'après le dessin le sexe du bonhomme est féminin et d'une identité jardinière dans laquelle la dessinatrice éprouve une imagination. Des dessins de jeunes enfants, est souvent décoratif, c'est le cas du dessin d'Amel où elle remplit la page par peur du vide, de l'isolement, ou dans le but de satisfaire elle-même. Conquérant les composantes du dessin sont : le sol est un symbole de sécurité sa présence indique l'importance bénéfique du milieu de vie et qu'elle apparait les fleurs signe de la joie et l'arbre chargé de fruits signifie le besoin de la réussite. La plupart des dessins de bonhomme y'a la présence de la tête qui est considérée comme le lieu symbolique du « moi » et aussi conçue comme le siège de la pensée, des aspirations intellectuelles, les traits du visage (nez, yeux, bouche et oreilles) se figure dans le dessin qui évoquent la communication sociale ; à partir du dessin les yeux donnent au visage une dimension indiquent la tendance à l'extraversion (grands yeux). Toujours à partir du dessin la bouche est un instrument de la communication avec autrui, les yeux sont colorées en rouge, est nous l'avons vu, un signe féminin dans le dessin du bonhomme. La présence des oreilles qui indiquent une préoccupation d'entendre et comme on peut l'interprété comme un signe de curiosité. La dessinatrice a bien marquée les épaules qui valorisent une force physique, et les membres (les jambes, les pieds, les bras et les mains) leurs présences expriment la sécurité, l'affirmation de soi, le contact avec l'environnement. Le bonhomme est protégé contre les intempéries par les vêtements, la dessinatrice évoque une coquetterie par la figure des bijoux.

### **Synthèse du l'analyse selon l'entretien et dessin de bonhomme**

Durant l'entretien avec Amel, on a remarqué qu'elle est une fille souriante au long de l'entretien calme, même ce qui concerne ses réponses elle été attentif. On note que malgré sa déficience profite de vivre sa vie comme tous les autres enfants de son âge où elle réalise ses études au sien de l'établissement ordinaire et elle obtient des résultats moyennes et qu'elle fait des efforts pour atteindre ces objectifs, elle est capable de se

déplacer son aucun problème, elle a un bon contact et une bonne relation avec autrui. On est arrivé à un résultat qu'Amel a une bonne qualité de vie au sein de l'école ordinaire. D'après les résultats du test qu'on a établi avec notre cas, on remarque que sa qualité de vie est bonne au sein de l'école dans le domaine psychologique, environnementale et sociale. Et cela dû à la réussite de son intégration au sein d'une école ordinaire.

### **1-3) Présentation et analyse du cas : «Farouk »**

Farouk, s'agit d'un enfant âgé de 8 ans, élève en troisième année primaire dans une école ordinaire. Farouk est le deuxième d'une fratrie de cinq enfants dont deux sœurs et deux frères. Ce dernier atteint du handicap moteur de type myopathie de Duchenne (une maladie neuromusculaire), Farouk, issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyenne, son père est un policier, quant à sa mère est une femme au foyer.

Pendant l'entretien avec Farouk, on a remarqué qu'il présentait une émotion de tristesse, et qu'il manifeste une gêne par rapport à son handicap, est aussi est un enfant timide, calme et réservé. Il a toujours les larmes aux yeux, il est souvent seul dans son coin.

Farouk nous dit : « **atha salha ema ikra, kra elazmiregh ikhamegh bla ma i3awniyi hed, atha bghigh ikamlegh idounithiw anka iyet3awanen wiyet** », « **je sers a rien, je peux rien faire sans l'aides des autres, je ne veux pas passer le reste de ma vie dépendant** ». Et rajoute : « **pourquoi je ne suis pas comme mes frères et sœurs** », « **iwach atha mougegh am iyethma** ». L'un de nous lui a dit t'as quoi comme projet pour ton avenir, tu veux devenir quoi ? Il nous a répondu par une seule phrase : « **bghigh ijigh berk** », « **je veux juste guérir** ».

Au premier temps, on a demandé aux parents de Farouk de se rapprocher au niveau de l'établissement. Alors la maman s'est rapprochée ; nous avons expliqué notre objectif de recherche et que toutes les informations resteront dans l'anonymat. Elle finit par accepter et de participer à notre recherche qui a duré à 35 minutes.

La maman de Farouk, âgée de 41ans, elle nous parle que sa grossesse était désirée et fait des suivis régulier chez un gynécologue où elle la révéla que l'accouchement s'est bien déroulé. Notre cas n'avait aucun problème de santé, mais à partir de 3ans commence

d'avoir des faiblesses au niveau de ses muscles et une fatigue permanente se qui déformait la marche.

Concernant l'acquisition de l'autonomie de Farouk, la maman nous a déclaré que la majorité des acquisitions n'ont pas faites surtout se qui concerne l'autonomie vestimentaire et l'hygiène il ne se lave pas seul et meme trouve des difficultés pour se déplacer. Mais d'après les dires de la maman Farouk acquit l'autonomie alimentaire. Farouk trouve des difficultés à se déplacer, et meme des fois il trouve des difficultés aussi a respirer à chaque fois qu'il fait des efforts, il ressentait une fatigue excessive.

Elle rajoute que son fils éprouve des difficultés comme n'arrive pas de se déplacer librement comme il était au premier temps, Farouk est souvent enfermé dans sa chambre, il n'aime pas jouer avec ses frères et sœurs et meme avec les voisins, la maman nous dit : **« Farouk ishoussay iymanis machi am wiyet, iged itatssan felas», « Farouk se sent différent par apport aux autres, et il a peur que les autres se moque de lui, de sa situation ».**

La maman nous révèle qu'après avoir remarqué les mêmes symptômes qui reviennent a chaque fois comme : la fatigue et la faiblesse et des difficultés a ce déplacer, et a monté des escalier, et surtout les difficulté de respirer, ils ont décider elle et son père de l'emmener chez un spécialiste (Orthopédiste), celui-ci lui a passé des radios, et après quelques jours, le médecin a eu les résultats, il a demander de voir les parents pour leur parler de l'état de santé de leurs fils, après la triste nouvelle la maman était choquée et bouleversée, elle nous dit : **« jamais haznegh g dounithiw amek haznegh assen », « je me suis jamais sentie aussi triste au par avant ».**

La maman de Farouk nous révèle qu'après avoir rentré à la maison, elle et son mari essayent de parler avec Farouk, et de lui expliqué ce que le médecin leur a annoncé, la maman nous dit juste on a commencé de lui expliqué, Farouk commence a pleuré et il s'est enfermé dans sa chambre toute la journée.

D'après la maman, Farouk n'aime pas aller à l'école a cause de son handicap, il préfère quand lui ramène les cours à la maison, chaque matin avant d'aller à l'école il pleur, mais à la maison il fait ses devoir tout seul, et il révise ses leçons sans que je lui

demande, sa préoccupation à la maison c'est la révision. Et ses résultats à l'école sont satisfaisants.

Quand on lui a parlé de ses études il nous dit : « **je ne veux pas étudier, je veux rester à la maison dans ma chambre, je suis fatigué d'être tout le temps dans la position assise, j'ai envie de courir partout comme mes copain** », « **atha bghigh i9regh, bghigh i9imegh gekham g tekhamtiw, a3yigh setghimith, bghigh itchaligh am imdoukaliw** ».

D'une autre part, on a établi un entretien avec l'enseignant de Farouk dans un but d'obtenir le maximum d'information ; ce qui concerne la qualité de vie au sein de l'école. L'enseignant possède une expérience de 27ans dans le domaine d'éducation, il enseigne Farouk juste cette année car il était dans une autre école. L'enseignant était compréhensif lors de l'entretien qui s'est déroulé dans le bureau de la classe qui a duré 35 minutes.

D'après le directeur, Farouk n'a pas fait le préscolaire dans une école ordinaire comme il souhait, à cause de la dégradation de sa santé. Et la question du transfère à cette école est venu par les parents car l'école où il exerce ses études est mal construite y'a plein des escalées. L'enseignant nous parle lors de la première fois du rentré au nouvel établissement, il était timide, trouve des difficultés de s'adapter et de s'intégrer au groupe. Qu'il est toujours isolé, solitaire, et si quelqu'un essaye de lui adresser la parole il commencera à pleurer et à crier et il jette tout ce qu'il trouve devant lui.

Concernant le rendement scolaire de Farouk ne participe jamais malgré qu'il connaît la réponse, mais durant les examens il obtient toujours de bonnes notes car en classe il est attentif et en écoute. L'enseignant, ajoute que Farouk prépare les exercices et les cours dans la maison, mais ne participe pas de les réalisés au tableau sa peut-être expliqué par le facteur de timidité.

### **1-3-1) Analyse et interprétation du dessin de bonhomme**

Quand on demande à Farouk de nous dessiner il ne semblait pas intéressé, il a hésité.

Farouk dessine un bonhomme tout petit, au petit coin de la feuille, il commence son dessin par une petite tête, qui a gommé plusieurs fois, puis le cou, les bras horizontale et

les mains, le ventre, ensuite il dessine un rond qui sépare le haut du bas du corps, il reste un moment il réfléchit puis il prend les couleurs et il commence à colorer, il a utilisé le noir pour la grosse ceinture, le marron pour le pantalon, puis le vert et le rouge pour le pull.

Avant de récupérer la feuille on lui a demandé de nous parler un peu de son dessin, il nous a dit : « **D nek bghigh ifrefregh gay essayna ani hed eyizar** », « **c'est moi, j'ai envie de voler entre les nuages ou personne ne peut me voir** ». Farouk s'arrête souvent pour réfléchir en se grattant la tête, et il se met à dessiner des nuages.

Le dessin de Farouk est dans l'adroite du coin de la feuille qui signifie l'attachement au père, son dessin est petit qui donne la signification de rétraction de la personnalité, timidité, et la crainte. Le dessinateur n'arrête pas de gommer et il revient sur ce qu'il a fait, et les ratures à chaque fois, c'est un signe de l'insatisfaction de soi, et le sentiment d'infériorité. La position horizontale des bras, elle exprime une tension vers l'entourage et un besoin d'action.

Farouk a utilisé quatre couleurs : rouge, vert, marron et noir. Dans laquelle, le rouge présente la colère et la violence, le vert présente la colère aussi et le repos, le marron la contrainte et le sérieux, et en fin il utilise le noir pour colorer la ceinture sa représente l'anxiété, le deuil. Les nuages dessinés par Farouk est un signe de menace, et d'inquiétude, et la présence des mains, et des pieds sont des points de contact entre le corps et milieu. Le pull dessiné par Farouk nous montre le besoin de la tendresse maternelle, de chaleur affective.

### **Synthèse de l'analyse selon l'entretien et dessin de bonhomme**

D'après les informations recueillies par l'enseignant, que les parents de Farouk qu'est inscrit à l'école ordinaire, cela signifie que l'égard de la scolarisation d'handicap. Après avoir analysé des données on constate que Farouk est un garçon timide, calme, tout le temps est solitaire, on note que il n'arrive pas de s'intégrer que se soit à la maison ou bien dans l'école. Malgré sa déficience accompagnée par la mal adaptation au groupe sociale, mais se ne sont pas des obstacles d'exercer sa scolarisation dans une école ordinaire et optent des résultats satisfaisantes. Donc on est arrivé à un résultat qui veut dire que Farouk a une bonne qualité de vie au sein de l'école mais sur le plan social la qualité de vie est une mauvaise.

**1-4) Présentation et analyse du cas : « Yassmine »**

Yassmine, jeune fille âgée de 9 ans. Elle est en quatrième année primaire dans une école ordinaire. Elle a eu de très bonne moyenne. Issue d'une famille d'un niveau socio-économique favorable, son père est un gendarme, quant à sa mère est une enseignante. Yassmine issue d'une fratrie de trois. Elle souffre d'un handicap visuel (malvoyance) au niveau les deux yeux.

Dès le début de l'entretien, Yassmine accepte de passer l'entretien ce qui nous a facilité le travail, elle était très calme, elle était brève dans ses réponses et elle nous décrivait sa vie et ses projets. Cette dernière présente une bonne communication et même elle aime aller à l'école.

Au premier temps on a demandé aux parents de Yassmine de se rapprocher au niveau le bureau du directeur, après quelques jours la maman rependu à la demande et de passer un entretien avec elle, nous avons expliqué notre objectif de la recherche et que toutes les informations restera dans l'anonymat. A la fin elle accepte de participer à notre entretien. Nous avons effectué l'entretien avec la maman dans un bureau pendant 50 minutes.

La maman de Yassmine, âgée de 39 ans enseignante. Nous parle que sa grossesse était désirée et programmée, nous a fait savoir qu'elle a eu sa fille à l'âge de 30 ans. Ensuite nous a ajoutée que l'accouchement a été bien déroulé, sans aucune complications ; elle confirme: **« c'était une grossesse comme les autres précédentes »**.

D'après l'entretien, la maman avoue qu'elle avait reçue une convocation au par avant de la part du directeur, à ce moment là elle s'est rapprochée au niveau de l'établissement exactement au bureau du directeur. Ce dernier explique qu'au début la fille n'écrivait pas ces cours sur son cahier et même elle prenait beaucoup de temps pour lire. Il ma conseillé de la prendre chez un ophtalmologue pour diagnostiquer si elle est atteinte d'une malvoyance.

La maman ajoute : **« après la rencontre avec le directeur, j'ai pris ma fille chez un spécialiste en Ophtalmologie pour une consultation. D'après les résultats du diagnostique ont été confirmés »**. Rajoute que : **«le médecin prescrit les lunettes à Yassmine »**.



Durant l'entretien la maman nous a parlé de **«la relation de ma fille avec ses frères et sœurs est très chaleureuse jouent ensemble d'une manière tranquille et motivé même elle est capable de réaliser toutes sortes d'activité telle que le sport »**. En effet, elle est adhérente dans un club de Volleyball depuis deux ans, et je l'ai inscrite dans une école privé pour apprendre les langues étrangères.

La maman nous a parlé concernant l'autonomie de sa fille. Elle réalise ses tâches quotidiennes toute seule, elle fait sa toilette correctement, elle apprend la propreté personnelle comme des hygiènes avec un petite aide de ses parents, elle lave les mains et son visage toute seule mais elle prend son bain avec mon aide partielle, elle brosse aussi les dents correctement, même elle a acquis l'autonomie sphinctérienne à l'âge de deux ans. En ce qui concerne la nourriture elle dit que : **«Yasmine mange toute seule avec une cuillère et une fourchette à l'usage correcte de ces objets à un âge très tôt»**.

Également elle est capable d'exécuter les exercices seule dans les matières d'apprentissages et par contre elle rencontre quelque légères difficultés dans les mathématiques où elle demande l'aide. De plus, dès qu'elle rentre de l'école nous informe que l'enseignante lui donnée des exercices à faire.

D'une autre part on a établi un entretien avec l'enseignante de Yasmine dans un but d'obtenir le maximum d'information ce qui concerne la qualité de vie au sein de l'école, qui possède une expérience de 13ans dans le domaine d'enseignement, elle était compréhensive lors de l'entretien qui s'est déroulé dans le bureau du directeur qui a duré 40 minute.

Durant notre entretien avec l'enseignante de Yasmine nous informait que : **«elle enseignait Yasmine depuis le préscolaire ce qui nous a facilité l'entretien avec l'enseignante et de collecter le maximum d'informations, elle nous racontait qu'elle était très contente lors de la rentrée scolaire que l'élève ne manifeste aucun comportement de refus et même aucun signe de malaise, mais après quelque temps j'ai remarqué qu'elle était toujours calme, timide même ne participe pas, n'arrive pas à lire ni du livre ni du tableau mais quand je lui pose une question oralement elle rependait sans aucune faute, elle ne recopiait pas les cours sur son cahier ce qui ma poussait de douter qu'elle ne voie pas bien, je me souvient, une fois**

**lui est demandé de lire mais elle n'arrivait pas à lire** ». Elle rajoute aussi que : «**cette situation qui ma poussait à déclarer la situation au directeur à la fin du deuxième trimestre**». Le directeur a convoqué les parents de Yasmine à fin d'expliqué la situation de leur fille et de la prendre chez un médecin spartialiste en ophtalmologie où il a confirmé que Yasmine souffre d'une malvoyance des deux yeux, le médecin a prescrit les lunettes. Après la prescription des lunettes, n'avait aucune difficulté ni à écrire ni à lire, c'était confirmé par l'amélioration de ces résultats scolaires.

On discutant sur la question d'intégration de Yasmine, nous avons constaté d'après l'entretien qu'elle s'intègre rapidement et se mit d'accord avec tous les élèves, l'enseignante dit : «**Yasmine est une fille sociale, accepte le contact avec les membres de classe, elle se fait facilement des amis** ».

En plus, elle n'est pas une élève bavardante dans la classe et qui ne dérange pas ses camarades, même elle ne s'agit pas d'un élément qui perturbe le déroulement des cours, vient à l'heure et ne s'absente jamais.

Aussi, le rendement scolaire de Yasmine est très excellent, préfère toutes les matières d'apprentissages, n'éprouve jamais des difficultés d'attention, elle est toujours attentive en ayant une excellente mémoire au point de se souvenir même qu'elle réalise des exercices complexes, elle cherche à découvrir de nouvelle information, intelligente et capable d'apprendre et de traiter des exercices, elle assimile bien les cours même elle les prépare à l'avance. Vraiment à des capacités dans la compréhension. « **Yasmine ne compte jamais sur ces camarades durant la résolutions de quelques exercices** ».

Concernent l'état psychique de Yasmine la maman et l'enseignante confirment que est bonne comme les autres enfants normaux. L'absence des problèmes chez elle est prouvé par la présence du sourire sur son visage, elle a une confiance en soi, ressentit qu'elle vit dans un environnement sécurisé (à l'école).

Concernent le sentiment de vivre dans le milieu scolaire, l'enseignante nous a confirmée que Yasmine éprouve des sentiments positives envers elle-même, et ça se confirme lors de sa participation dans trois compétitions, deux fois en langue arabe et une fois en langue française. Ce que nous a amené de constater que n'a aucune inquiétude ou

de tristesse en pensant à son avenir, sans déficience n'est jamais un obstacle qui empêche de réaliser ses études et d'atteindre ces bons résultats.

### **1-4-1) Présentation et analyse le dessin du bonhomme**

Après avoir demandé à Yasmine si elle voulait dessiner, elle a directement acceptée. On a lui demandé de dessiner un bonhomme.

Yasmine, prend la feuille horizontale et commença de dessiner le soleil en Crayon ensuite le coloré en jaune en appuyons très fort. Yasmine a commencé de dessiner le bonhomme par la tête, les yeux, la bouche, le nez puis les cheveux en crayon, elle colore la bouche en rouge, puis elle dessina le cou et le tronc ensuite dessina une longue jupe et une blouse, passe à la jambe droite suit la jambe gauche et les chaussures. Elle dessina le bras gauche et les doigts suite la droite et les doigts. Elle s'arrêta quelque minute (1mn et 20s), elle nous demandait « est ce que je peux écrire ici qui celle la ? ». On lui a dit : oui vous pouvez, elle écrivait « معلمي » qui veut dire « mon enseignante ». Et nous a demandé aussi « est ce que je peux me dessiner ici? ». On lui a rependit : oui vous pouvez. Toujours la position de la feuille est horizontale, Yasmine dessina et commence par la tête, les yeux, la bouche, le nez puis elle dessina le cou et le tronc et les jambes droite ensuite la gauche et les chaussures, puis le bras gauche puis le bras droite, elle revient à la tête pour dessiner les cheveux et les oreilles, après 30 seconde elle dit : « c'est moi » elle écrivait « انا ».

Avant que Yasmine commence de dessiner emploie la feuille dans le sens horizontale, sa peut être elle témoigne d'un sens concret développé, des deux bonhommes ont une taille correspond à la personnalité celle d'enseignante et celle de la dessinatrice, se qui signifie assurance, et confiance en soi, contrôle de soi, sa montre dans le dessin par l'absence des ratures et les gommages. La posture des bonhommes sont debout et de face, au quelle la position des bras verticales c'est la marque d'un besoin de se contrôler, d'une autre part la position des jambes des deux bonhommes sont en parallèles et d'une position écartées aux quelles donnant une impression de stabilité. La dessinatrice n'hésite pas à colorier le dessin an utilisant le rouge comme un symbole de l'amitié et de joie, à partir de dessin on constate que le schéma corporel et la morphologie correspond à celle de la réalité, dans laquelle détermine le sexe et l'identité de chaque bonhomme ; un est une

élève et l'autre est une enseignante. L'environnement du dessin est décoré par un soleil est un symbole parental, amical, la tête figure dans le dessin, est considérée comme un siège de la pensée de la pensée ou elle motionne les traits du visage (nez, yeux, bouche et oreilles) évoquent la communication sociale : les yeux chez l'élève indique la tendance à l'extraversion (grands yeux), les yeux de l'enseignante indique la tendance l'introversion (petits yeux), la bouche est un organe très riche de signification. C'est le lieu des premières satisfactions, elle devient un instrument de communication. D'après le dessin on constate que l'élève curieuse manifeste par la présence les oreilles dans le bonhomme qu'est mentionnée par « moi », par contre dans le bonhomme qu'est motionnée par « mon enseignante » ne figure pas. Le tronc chez les deux bonhommes biens tracés, est conçu comme un lieu du contrôle cérébral et le cou est un lien entre la tête et le tronc, les épaules bien marquées par une largeur qui valorise une force physique. La dessinatrice trace les membres (les jambes, les pieds, les bras et les mains) dans chaque bonhomme relève que Yasmine vie dans un environnement sécurisé, a un contact avec l'environnement, est capable d'établir les liens avec autrui.

### **Synthèse du l'analyse selon l'entretien et dessin de bonhomme**

Selon les résultats de l'analyse de l'entretien et dessin de bonhomme on remarque que Yasmine est une fille malgré sa déficience visuelle, elle ne présente aucun comportement inquiétant, elle est stable et elle ne s'isole jamais. Au contraire c'est une fille sociable cherche à être en groupe, elle participe en classe, prépare ses devoirs, a de bon résultat, participe dans des compétitions au sein de l'école, arrive à comprendre ses cours comme les autres élèves normaux. Elle éprouve des sentiments positifs envers son avenir, cela signifie que le handicap ne présente pas un obstacle pour l'intégration au milieu scolaire ordinaire. Ce qui signifie que sa qualité de vie sociale, scolaire est bonne.

#### **1-5) Présentation et analyse du cas : « Hinde »**

Hinde, est une jeune fille âgée de 10 ans, élève en cinquième année primaire dans une école ordinaire. Elle a eu des résultats moyens. Issue d'une famille d'un niveau socio-économique favorable. Son père est un agent de sécurité quant à sa mère est une femme au foyer. Hinde l'innée d'une fratrie de deux sœurs, elle souffre d'une déficience visuelle

Au cours de l'entretien Hinde accepte de passer l'entretien, était très calme, brève dans ses réponses elle nous décrit sa vie.

Nous avons convoqué les parents de Hinde afin de recueillir le maximum d'informations ce qui concerne la qualité de vie sociale et scolaire de leur fille. Le non disponibilité du père, nous a laissé de passer l'entretien seulement avec la mère.

La maman de Hinde, âgée de 37 ans, est une femme au foyer, niveau d'instruction terminal. Où nous l'avons informé que toutes informations resteront dans l'anonymat. Puis elle accepte de participer dans notre recherche, on a pu effectuer l'entretien avec elle dans un temps de 35 minutes.

Au début elle commence à parler de sa grossesse, qu'elle a eu une grossesse désirée et programmée. Elle nous a fait savoir qu'elle a eu sa fille à l'âge de 24 ans. Selon la mère le déroulement de l'accouchement de Hinde s'est passé normal.

À propos de l'annonce de la déficience visuelle, à la naissance de Hinde, elle n'avait aucun problème de santé mais dès qu'elle a deux ans a été hospitalisée à cause d'une fièvre aigue qui a lui causée un handicap visuel.

Ce qui concerne ses relations, avec ses pairs, elles sont bien, la maman dit que : « **Hinde arrive de s'adapter avec ses deux sœurs et avec les enfants du quartier** ». Elle s'intègre rapidement aux groupes et même aux jeux, sort avec ses amis en pleine nature pour jouer. Hinde est aimée par les membres de la famille depuis qu'elle est petite.

Revenant à la question de l'autonomie de Hinde, la maman est satisfaite parce que sa fille a acquis l'autonomie surtout au niveau d'hygiène, sphinctérienne et même a acquis l'autonomie vestimentaire et alimentaire, la maman nous dit que : « **Hinde tessirid, tsekhedame la serviette, tek3id imanis bien à table thetete s teghenjaweth , dewich ohdes, telos et teks ohdes jamais telab ihed ati3awene** », « **Hinde se lave, utilise la serviette, se mit à table et prend une position correcte pour manger en utilisant une cuillère, même prend son bain, s'habille et déshabillé toute seule sans demander de l'aide** ». D'après l'entretien Hinde acquis son autonomie très tôt à l'âge de 7ans. Rajoute : « nanas theteltehiwatet teslmadas bach ikhedeme ses premier besoin s k 3ans », « Sa grand-mère s'occupait d'elle apprendre de faire ses premiers besoins dès qu'elle avait 3ans ».

L'acquisition de la parole c'était à l'âge de deux ans, parce que d'après la maman Hinde vivait avec la grande famille, elle est gâtée, plus attachée à ces grands-parents et qu'elle est à leurs compagnie tout le temps.

Toujours d'après les propos de la maman, on constate que Hinde réalise les exercices et les devoirs à la maison mais à l'aide de sa maman prépare les leçons pour qu'elles soient faciles et pour qu'elle les comprennent mieux durant la séance en classe.

Concernant les sentiments de Hinde, la maman nous confirme que Hinde présente des bons sentiments sur tous les plans, elle dit que : « **elle n'éprouve aucun problème, quant à sa déficience n'a jamais été un obstacle dans sa vie, toujours fait du meilleur pour atteindre ces objectifs** ».

L'enseignant de Hinde possède une expérience de 22ans dans le domaine d'enseignement, il était compréhensif lors de l'entretien qui s'est déroulé dans une classe qui a duré 40 minutes.

Durant notre entretien avec l'enseignant de Hinde, nous informait : «Elle enseignait Amel depuis la troisième année ».

Revenant à la description psychique de Hinde face à sa situation de la malvoyance au sein de l'école, et elle arrive à faire face à son handicap, elle nous a révélée que Hinde tout le temps est souriante et ressentit qu'elle vit dans un environnement sécurisé.

Ce qui renvoie à sa bonne intégration avec son groupe de pairs, elle est sociable avec l'entourage scolaire, aime jouer avec ses amis que se soit normaux ou atteint d'une déficience durant la récréation, n'aime pas rester seule, toujours entourer par ses pairs, elle fréquente tout ses camarades, elle partage ses objets avec eux.

Selon l'entretien Hinde présente une joie immense suite à sa présence à l'école sans absence sauf lors de la consultation chez le médecin, elle n'a jamais présentés des signes de malaise ou bien du dégoût pendant le cours au contraire c'est une fille curieuse et intelligente, aime apprendre des choses. Donc on constate que Hinde vie dans un environnement sécurisé.

Et plus, elle ne bavarde pas, aime beaucoup le calme, l'enseignant dit : «Hinde jamais dérangiwiyi k la classe », « Hinde ne me dérange jamais dans la classe ». Ce qui

relève que Hinde est une fille compétente, aime toutes les matières, elle sait manipuler les choses, elle fait beaucoup d'effort afin d'assimiler les cours. D'ailleurs elle assise à la premier table pour mieux voire et pour recopier ses cours. Elle présente des capacités cognitives, n'a aucune difficultés d'attention, au contraire, Hinde est toujours attentive en ayant une excellente mémoire au point de se souvenir des petites détaillles. Demande jamais du l'aide pour accomplir ses taches, et ne compte jamais sur ses amis durant la réalisation des exercices. C'est ce qui explique d'ailleurs ses bonnes maitrises des matières. A partir de là, nous comprenons qu'elle n'a pas de problème en classe et qu'elle a un support auditive déjà mémorisé dans son cerveau.

### **1-5-1) Présentation et analyse le dessin du bonhomme**

Après avoir demandé à Hinde s'elle voulait dessiner, elle a directement acceptée, on lui a donné une feuille blanche et un crayon, la taille a crayon et une règle. On lui a demandé de dessiner un bonhomme.

Hinde, prend la feuille verticalement et commence de dessiner au centre de la feuille deux cercle, directement les effaces, pour reprendre par la tête avec les cheveux, les yeux avec les cils, la bouche et le nez. Pour passer à la partie du tronc ou elle relie la tête et le tronc avec le cou, puis trace les membres supérieurs, ou elle la gomme dans les deux côté pour arriver à dessiner les bras et les mains et un sac dans la main droite. Hinde mit un pantalon pour le bonhomme et les pieds. Puis elle colore le pull en crayon (noir).

Hinde dessine un bonhomme grand qui signifie la confiance en soi plus que le tracé du dessin est direct ce qui montre que Hinde a des sentiments d'assurance en soi, mais d'une autre part la dessinatrice éprouve des sentiments d'infériorité dans la qu'elle utilise plusieurs fois le gommage. Hinde arrive de positionner le dessin par apport à la feuille ou le bonhomme présente debout et de face d'une position verticale c'est la marque d'un besoin de se contrôler, quant aux jambes sont représentées en parallèles forment un angle aigu. Le bonhomme attaché à ma présence du mouvement par le facteur d'une position différente des deux mains (un bras levé, l'autre bras baissé) ou la main évoque un mouvement de porter un sac. La dessinatrice dessine les contours du bonhomme en crayon et n'hésite pas de colorer le dessin ou elle emploi du crayon noir pour colorer le pull qui indique qu'elle souffre de la culpabilité.

Selon la morphologie générale, l'âge du bonhomme est un enfant d'un sexe féminin, dans le quel le dessin n'est pas décoré. Ce qui concerne l'aspect analytique du dessin, on trouve que la dessinatrice exprime ses propres pensées et les aspirations intellectuelles dans la présence de la tête et les différents traits du visage (nez, yeux, bouche oreille) dans la quelle est un signe de la bonne communication sociale. Aussi la présence des membres (jambes, pieds, bras et les mains) exprime la sécurité, l'affirmation de soi, le bon contacte avec l'environnement, ce qui montre que la dessinatrice est capable d'établir des liens avec autrui, ainsi que est protégée contre les intempéries et préoccupée par le sociale.

### **Synthèse du l'analyse selon l'entretien et dessin de bonhomme**

Selon les résultats de l'analyse de l'entretien et à l'aide du dessin de bonhomme on remarque que Hinde est une fille calme présente une joie, malgré sa déficience visuelle n'est pas désespéré, ou elle fait sa scolarisation dans une école ordinaire, fait des efforts pour améliorer son rendement et ce qui concerne l'intégration avec les groupes de pairs elle est bien adapté. Donc on constate que sa qualité de vie est bonne malgré qu'elle éprouve des sentiments d'infériorité au sein de l'école dans le domaine psychologique, environnementale et sociale. Et cela dû à la réussite de son intégration au milieu scolaire.

#### **1-6) Présentation et analyse du cas « Lamia »**

Lamia est fille âgée de 9 ans, elle est benjamine d'une fratrie de deux frères, et six sœurs, elle inscrite en quatrième année primaire au sein d'une école ordinaire, ses résultats à l'école sont moyenne, notre cas issue d'une famille d'un niveau socio-économique favorable sa mère est enseignante d'anglais, et son père est un agent de sécurité au Sud.

Au cours de notre entretien avec Lamia, on a remarqué qu'elle était très intéressée, c'est une fille attentive, elle accepte de nous parler avec une grande joie, elle répondait facilement à toutes nos questions, Lamia a un handicap visuel (malvoyante) : qui concerne les déficiences visuelles modérées ou grave, depuis la naissance. Son handicap visuel est dans la catégorie 2, sa déficience visuelle est légère.

Au premier temps, on a demandé aux parents de Lamia de se rapprocher au niveau de l'établissement. Alors la maman s'est rapprochée, le non disponibilité de père s'explique par le travail hors wilaya, ce qui nous a obligé de passer l'entretien avec la mère. Nous



avons expliqué notre objectif de recherche et que toutes les informations resteront dans l'anonymat. Elle accepte de participer à notre recherche qui a duré 40 minutes.

La maman de Lamia, âgée de 48 ans, elle nous révèle que la grossesse était désirée, et pendant la grossesse rien d'anormal n'a été décelé. À bien verbalisée qu'elle a fait un suivi régulier chez un médecin gynécologue. Directement nous parle que l'accouchement c'était bien déroulé, aucun antécédents d'une déficience dans la famille n'a existé.

Concernant l'âge de la déficience chez Lamia était quelques mois après sa naissance, où la maman remarque absence totale du contact visuel, la maman nous raconte que à 18 mois Lamia est tombé malade avec une forte fièvre, après une visite chez le pédiatre, il a diagnostiqué son handicap, il leur a demandé de prendre rendez-vous chez l'ophtalmologue la maman nous a avoué que la nouvelle la bouleversé, elle nous a dit : **« mi aghendina tbib ilithnegh eltetwalawla mlih, khal3egh, gdegh felas amek dastetrou mi dikchem i l'école », « quand le médecin nous a dit que notre fille est malvoyante, j'avais très peur, et très inquiète pour ses études quand elle rentra à l'école ».**

Se qui concerne l'acquisition de l'autonomie de Lamia, la maman nous déclare que la majorité des acquisitions sont faites à temps comme la marche où elle l'a commencée vers 13 mois, comme elle a acquis l'autonomie vestimentaire et alimentaire et même l'autonomie sphinctérien et l'hygiène.

Lamia à une bonne relation avec ses frères et sœurs, elle nous a dit aussi que Lamia réalise les tâches quotidiennes, elle réalise ses devoirs à la maison toute seule, sauf quand elle trouve quelques difficultés elle demande de l'aide de sa sœur, Lamia a acquis, Lamia va à l'école avec ses voisins, et elle rentre avec eux, elle étudie dans la même classe,

Lamia reçoit d'aide dès le début de sa famille, de son entourage proche, sa maman nous dit: **« sefhamghas i yeli, 9arghas tzamret i3ichet amek tebghit malgré atha tetwalit mlih », « j'explique à ma fille et j'essaie de lui faire comprendre sa situation et qu'elle peut mener une vie meilleur malgré son handicap ».**

Lors de notre entretien avec Lamia, on a constaté, qu'elle aime aller à l'école, voir ses amis, et jouer avec eux, son rêve est de devenir une enseignante d'arabe, elle a eu 8.15 au premier trimestre, et 8.68 au deuxième trimestre. Elle nous a dit que ses

enseignants l'on assit dans la première table pour bien voir au tableau, et ils lui donnent du temps de finir de recopier du tableau, et même ses camarades l'aide à écrire.

D'une autre part on a établi un entretien avec les enseignantes de Lamia dans un but de recueillir le maximum d'informations ce qui concerne la qualité de vie au sein de l'école, les deux enseignantes possèdent une expérience de 15 ans à celle d'arabe, 18 ans à celle de la langue française. Elles étaient compréhensives lors de l'entretien qui s'est déroulé dans une classe qui s'est duré 40 minutes.

D'après l'entretien avec les enseignants, Lamia est une fille intelligente, courageuse et forte, d'après eux Lamia à de bonnes relations avec ses camarades en classe et même dans la cour, et elle ne manifeste aucun comportement de rejet. Les enseignants nous disent que Lamia travaille bien à l'école, elle participe en classe, juste qu'elle prend plus du temps à écrire par apport a ses camarades, ils nous disent que malgré son handicap visuel mais ses résultat son satisfaisante.

### **1-6-1) Analyse et interprétation du dessin de bonhomme**

On à demander a Lamia si elle voulait dessiner, elle a directement accepté.

Lamia dessine son petit bonhomme au milieu de la page, elle commence par la tête, puis les oreilles, les yeux sous forme des gros point noir, le nez, les cheveux frisés, ensuite elle dessine le cou, puis le ventre, et les bras tendu, après elle reste un moment puis elle reprend, et elle passe aux jambes écartées, elle commence par la jambe gauche, les jambes sont très petits par apport au reste du dessin, et en bas de la feuille elle a écrit Saïd en arabe.

Durant le dessin, Lamia n'a utilisé ni les couleurs, ni la gomme, ni une règle, Lamia était très sérieuse durant son dessin, elle était très concentrée, avant de nous donner son dessin elle nous regarda puis elle regarde aussi son dessin elle vérifie si elle n'a pas oubliée quelque chose, elle nous donne la feuille puis elle nous dit : « argaza ayen d papa, ismis Saïd », « cet homme est mon père il s'appel Saïd » Le tracé de Lamia appuyé exprime la sensualité, impulsive, et rageuse. Les yeux dessiné sous forme de point, indiquent la défiance, et l'étroitesse de vue et, La présence des oreilles dessiner par Lamia est interpréter comme signe de curiosité (écouter ce qui se dit). Lamia a oublier de

dessiner la bouche, cette omission de la bouche serait en rapport avec un sentiment de culpabilité orale, de plus la position des bras collées au corps c'est le besoin de se contrôler. La présence des cheveux revêtent un sens de besoins sensuels et de vitalité sexuelle. En outre, l'absence des mains signifie l'incapacité d'établir des liens avec autrui. Et Les jambes expriment le contact avec l'environnement, et la sécurité, et la position des jambes écartées donnent une impression de stabilité. La jeune fille Lamia a dessiné un bonhomme petit qui signifie la timidité, et elle n'a pas utilisé des crayons de couleurs malgré qu'ils étaient à sa disposition.

### **Synthèse du l'analyse selon l'entretien et dessin de bonhomme**

Durant l'entretien avec Lamia, on a remarqué qu'elle est une fille souriante et exprime une joie durant l'entretien, on note que malgré sa déficience profite d'étudier au sein d'une école ordinaire fait des efforts pour obtenir de bonnes résultats. Le plus important pour elle, sa relation est bonne avec l'entourage même est bien intégrée au sein de l'école, ne s'isole pas. Donc on est arrivé à un résultat qui veut dire que Lamia à une bonne qualité de vie au sein de l'école. Et d'après l'analyse du dessin de bonhomme effectué avec Lamia nous arrivons à dire que notre cas besoin de l'attention et plus de communication avec sa famille, Lamia est une fille sociable, gentille, compréhensive, intelligente, son handicap ne lui cause aucune difficulté, elle accepte son handicap grâce à l'aide de sa famille qui la soutienne. Lamia est timide et sage en classe, elle partage des activités avec les autres élèves, Lamia est aidé dans certaines situations par les autres élèves de sa classe, et de ses enseignants, son intégration scolaire est positive.

#### **1-7) Présentation et analyse du cas : « Hilale ».**

Hilale est un jeune enfant âgé de 10ans, il est inscrit en quatrième année primaire dans une école ordinaire. Il a refait l'année en deuxième année, il a eu des résultats inférieure à la moyenne. Hilale issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyen, dont son père est un chauffeur de bus, quant à sa mère est une femme au foyer. Hilale est le benjamin d'une fratrie d'un frère et trois sœurs. Hilale souffre d'une surdité au niveau de son oriel droite.

Au début on s'est rapproché de Hilale durant la récréation, où il accepte de nous parler, était très calme, timide et prend beaucoup temps pour répondre, il nous a informé

qu'il n'aime pas l'école et même il ne veut pas sortir en dehors de la maison, d'après les dires de Hilale ; il n'a aucun projet dans son avenir.

Nous avons convoqué les parents de Hilale à fin de recueillir le maximum d'informations ce qui concerne la qualité de vie sociale et scolaire de leur fils. Après deux jours le père de Hilale se rapproche au bureau du directeur où nous lui avons expliqué notre objectif de recherche et que toutes les informations resteront dans l'anonymat il a fini par accepter de participer à notre entretien. Nous avons effectué l'entretien avec le père dans un bureau du directeur pendant 30 minutes.

Le père de Hilale, âgé de 53 ans. Nous parle que la grossesse de sa femme était désirée par lui mais la maman ne veut pas avoir plus d'enfant à cause de la situation économique aussi elle souffre d'une anémie. Selon le père, durant la grossesse la maman était hospitalisée dès le cinquième mois à cause de la tension qui est toujours élevée et accompagnée par une fatigue et une faiblesse il dit : « **amek idlahemene wossane n la grossesse la vie n le bébé et thane n madame tela k le risque** », « **plus que les jours de l'accouchement se rapprochent plus la vie du bébé et celle de la maman étaient dans le risque** ». Ce qui oblige la gynécologue de programmer un accouchement césarien par une lettre d'urgence à fin de sauver la vie de la maman et celle du bébé.

Après la naissance, Hilale n'avait aucun problème de santé, le père nous informe que : « **akchichiw mi isse3a 3amayene de kra n les mois imas teremarké belik ikel idfir surtout k langage** », « **quand mon fils atteint deux ans et quelque mois sa maman remarque qu'il n'est plus comme avant surtout ce qui concerne son langage** ». Ce qui rend la maman inquiète à cause de son fils qui est devenu d'un seul coup ne parle pas, et quand elle lui parle ne répond pas. Et la ont commencé à consulter des professionnels. Premièrement un pédiatre qui les a orientés par une lettre chez un orthophoniste au niveau de la wilaya de Jijel se dernier lui disait que leur enfant n'a aucun problème au niveau de l'appareil phonatoire, le père dit : « **le médecin inayaneghed belik mazal lehal bach igdeme felas et dagh inayak avec le temps dilmed lehedra** », « **le médecin nous dit que c'était encore tôt pour s'inquiéter et c'est avec le temps qu'il va commencer à acquérir le langage** ».

La situation de Hilale s'aggrave chaque jour après deux mois les parents de Hilale ont prit un rendez-vous chez un ORL pour diagnostiquer si y'a un problème au niveau de ses oreilles. D'après l'audiogramme, le médecin confirme que Hilale est souffre d'une surdité acquise au niveau de son oriel droite caus e par une méningite et qui néfaste pour l'oreille interne. Se qui a men e à implanter un appareillage prothétique (contour de l'oreille).

D'après le père les relations de Hilale avec ses frères très compliqu es, n'accepte pas l'un de ses frères touchent ces affaires, il ne joue pas avec eux parce que la plus part du temps ils aiment sortir et jouer avec les autres enfants du quartier par contre Hilale n'aime pas sortir parce qu'il reçoit des moques de la part des enfants se que le pousse de se bagarrer et de réagir par des cris.

Concernant l'autonomie de notre cas il a acquit la propreté, il se lave les mains en savon tout seul, brosse les dents, s'habille et déshabille sans demandé de l'aide à ses parents même fait sa toilette et l'acquisition sphinctérienne acquise à l'âge de deux ans et demi.

Le père nous a r ev el e que Hilale rencontre des difficultés dans sa scolarisation, trouve des obstacles dans la résolution des exercices bien que sa s eur le suivait et soit toujours près de lui, elle lui consacre chaque jours du temps pour s'occuper de ses devoirs scolaires. Les parents surpris lorsqu'ils ont reçu le carnet des notes de leur fils en voyant ses résultats moyens 5/10.

D'une autre part on a établi un entretien avec l'enseignant de Hilale dans un but d'obtenir le maximum d'informations ce qui concerne la qualité de vie au sein de l' cole, L'enseignant de Hilale possède une expérience de 26 ans dans le domaine d'éducation, il était compréhensif lors de l'entretien qui s'est d eroul e dans une classe qui a dur e 35 minutes.

Selon les propos de l'enseignant, pendant les premiers jours de l'entr e de Hilale dans sa classe en deuxième année, car ce n'était pas lui qui le suivi les années précédentes,

En ce qui concerne ses relations, elles sont mauvaises avec ses amis et ses camarades de classe et il n'arrête pas de les frapper. Pour cela, son enseignant le punit souvent. Ce qui pousse ces camarades de garder une distance en vers Hilale. Rajoute que Hilale joue

avec ses amis turbulents comme lui. Alors, Hilale s'est poussé à se mettait de côté et n'adresse la parole à personne. Ce qui éprouve des difficultés d'adaptation et d'intégration au sein d'un groupe.

Aussi, Hilale obtient de mauvaises notes ne fait pas attention à ses cours, ne fournit aucun effort en classe il n'essaye pas de résoudre ses exercices en classe, et tout le temps déconcentré et passe le temps à jouer et à provoquer ses camarades durant le cours. Hilale ne se concentre pas sur ses études il oublie aussi ses leçons, ne ramène pas ses affaires. Rajoute que : « **il y'a une négligence flagrante de sa part** ». D'après l'enseignant, la plupart du temps Hilale arrivait en retard à l'école, après quelque minutes de sa rentrée en classe demande à l'enseignant de sortir.

D'après l'enseignant, notre cas refuse de passer au tableau pour résoudre un exercice comme il demande aux autres élèves d'un objectif d'améliorer son niveau scolaire, il dit : « **tforcéwghath durant le cours mais itawfed seba n sa déficience nigh sba itene** », « **je le forcer durant le cours mais il me justifie par sa déficience ou par une autre cause** ». L'enseignant a déclaré qu'il avait des soucis pour la situation de Hilale mais sans le signaler au directeur ou il bavardait dans la classe et perturbe ses camarades pendant le déroulement des séances.

D'après l'entretien Hilale éprouve des sentiments négative il n'arrive pas à faire face à son déficit, manifeste par des sentiments de faiblesse et de manque car n'éprouve pas des capacités comme d'autres élèves, considère son handicap comme un obstacle, manifeste des signes de malaise et avec un comportement déstabilisé.

### **1-7-1) Présentation et analyse le dessin du bonhomme**

Après avoir demandé à Hilale s'il voulait dessiner, il n'a pas accepté directement nous avons trouvé des difficultés pour le convaincre à nous dessiner. On lui a demandé de dessiner un bonhomme.

Hilale, prend la feuille verticale et commence de dessiner deux trous en bas de la feuille côté droite, directement les efface, passe au côté gauche dessine deux bonhomme encore une fois les efface pour dessiner un autre au milieu de la feuille toujours en bas de

la feuille. Commence par la tête, les yeux, la bouche, le cou et le tronc d'une façon d'un trou, les jambes et les cheveux.

Hilale dessine un bonhomme ne vari pas avec son âge se qui signifie que la personnalité du dessinateur se caractérise par une rétraction, timidité, la crainte et on note que le bonhomme situé dans la zone extérieure de la feuille. Hilale appuie durant le tracé qui signifie la sensualité, les conflits y'a une tension interne qui pousse le cas à renforcer sur les contours du dessin, l'utilisation des ratures, les gommages qui montre que le dessinateur a un manque de la satisfaction de soi, les sentiments d'infériorité et de culpabilité indiqués par les taches de noircissement et les parties laissées en blanc indiquent la distance. Le bonhomme représenté debout et de face sans bras qui marque un retrait des autres et une force inhibition, les pieds sont serrés qui montre que le dessinateur est craintif, l'absence de la stabilité et du mouvement et d'activité, dans le dessin il n'y a aucun signe qui montre la présence d'un mouvement. Le dessinateur n'emploi pas des couleurs, emploi juste le crayon et colore la bouche en noir qui a un rapport de culpabilité et laisse tout le plan de la feuille blanc qui est considéré comme un symbole de vide. La morphologie et le schéma corporel du bonhomme nous fait signe qu'il est un enfant d'un sexe non déterminé. Notre cas dessine une tête avec les yeux non pas bien détaillé qui donne au visage une expression de tristesse, la bouche est bien compensé en rapport avec un sentiment de culpabilité, l'absence des oreilles est expliqué par la non préoccupation concernant l'entendre. L'absence des bras et des pieds explique que le dessinateur souffre de l'isolement, l'absence du contact avec le milieu et l'environnement extérieur, culpabilité d'établir des liens avec l'autrui. Le corps du bonhomme est non protégé contre les intempéries par les vêtements se qui signifie le rejet sociale.

### **Synthèse du l'analyse selon l'entretien et dessin de bonhomme**

D'après les informations recueillies par l'entretien et le test de dessin de bonhomme, Hilale qu'est inscrit à l'école ordinaire, cela signifie que l'égard de la scolarisation d'handicap. Après avoir analysé des données on constate que Hilale est un enfant qui s'isole de monde sociale même au sein de l'école évite tout contact avec autrui cela signifie que l'intégration au milieu scolaire ordinaire n'est pas réussite, n'a aucune volonté et aucune envie d'étudié, ne fait jamais d'effort pour avoir une bonne moyenne, absence de sentiment et confiance en

soi. Donc on est arrivé à un résultat qui veut dire que Hilale à une mauvaise qualité de vie au sein de l'école ordinaire

### **1-8) Présentation et analyse du cas : « Malika »**

Malika jeune fille âgée de 10 ans, élève en cinquième année primaire. Malika est atteinte d'une déficience auditive depuis la naissance (une surdité congénital qui est légère), elle est d'une famille qui se compose de deux garçons, sa maman a 37ans est femme au foyer, et son père a 39 ans pompier, ses parents sont de la même famille, sont de vrai cousin. Malika est d'une situation socio-économique moyenne.

Durant notre entretien, Malika s'est vraiment attach e a nous, notre présence l'a rend heureuse, Malika est une fille douce, agréable, plaisante et sensible, elle nous a parlé des obstacles qu'elle traverse a chaque fois qu'elle sera en dehors de chez elle, comme l'intégration sociale et pour ses études, Malika a une peur du jument, de la maltraitance de la part de ses camarades, ses camarades se moquent d'elles, elle nous a dit : « **hed elibgha il3ev didi, hed eyithiba g le9ra** », « **personne ne veut jouer avec moi, et personne ne m'aime   l' cole** », et en classe Malika nous avoue qu'elle trouve des difficulté à se concentré, et a assimiler le cour, et malgré cela elle aime aller à l' cole, elle nous dit : « **ethibigh irouhegh ile9ra, mais gdegh i3awdegh daghi l'année** », « **j'aime aller à l' cole mais j'ai peur de refaire encore une fois l'année** ».

Au cours de notre entretien avec la maman de Malika, elle nous a parlé de sa période de grossesse, elle nous a dit : « **koulech i3eda bien, merra farhan parce que dins3ou ta9chicht** », « **tout s'est bien déroulé, et tout le monde était heureux, car ils attendaient une fille** ». Et pour l'accouchement elle nous dit : « tout s'est très bien passé », elle nous a rajout e aussi : « **tiswi3th nisefrahen, atha habssegh imetawen toute la journée selferha** », « **c'était un réel moment de bonheur, je n'ai pas arrêté de pleurer par la joie toute la journée** ». Elle nous révèle que la sage femme lui a dit qu'elle n'a eu ni épisiotomie, ni déchirure. La maman nous informe que Malika a acquis l'autonomie sphinctérienne   18mois.

Ensuite, après quelques mois de l'accouchement, les parents de Malika ont remarqué que leur fille ne réagit pas à la voix des autres, la maman nous dit à 8 mois leur fille n'a jamais sorti un mot de sa bouche ni papa ni maman, sauf des cris quand elle a fin ou



soiffe, elle nous dit qu'elle commençait à s'inquiéter, mais ils ne l'ont pas emmené chez un médecin, elle nous a avoué que les signes s'accumulent de plus en plus, elle nous dit : « **à 15 mois Malika athman thetarayed awal mi dasneghar, obliger i3aytegh mlih bach itassel** », « **à 15 mois Malika ne répond pas lorsqu'on l'appelle, je doit crier très fort pour qu'elle puisse entendre** ». À ce moment là on a décidé d'aller voir un médecin car elle commence à avoir peur.

Les parents de Malika ont décidé de l'emmener chez un pédiatre, et le pédiatre a suspecté une surdité congénitale, après ça a été confirmé par le passage de l'audiogramme, il nous a annoncé que notre fille souffre d'une surdité congénitale légère dès la naissance. La maman nous rajoute que dès que le diagnostic est posé et que le niveau de surdité est déterminé précisément, Malika commence à utiliser le contour d'oreille.

La maman nous dit : « cette fois-ci je n'ai pas arrêté de pleurer mais par tristesse ».

La maman nous informe que à ce jour même, Malika est suivie par un orthophoniste pour les troubles de langage oral, et pour le retard de parole qu'elle a, et aussi des séances à suivre chez L'ORL.

La maman de Malika nous rapporte que, la relation de Malika avec ses frères est bonne, elle joue avec eux, et même des fois elle leur demande de l'aider pour faire ces devoirs de maison.

La maman nous informe que si quelqu'un parle avec Malika et elle ne l'entend pas, ou si elle a mal entendu, elle se met directement à pleurer, et elle passe la majorité de son temps en face du miroir à se coiffer, et se maquiller, elle nous avoue que ses résultats scolaires sont catastrophiques dans toutes les matières, malgré les cours supplémentaires chaque week-end.

La maman nous dit que si Malika déteste ses études, c'est à cause des autres élèves de sa classe. La maman nous affirme qu'elle fait tout ce qu'elle peut pour le bien-être de sa petite fille, pour qu'elle ne se sente pas différente de ses frères.

La maman nous dit : « je suis très inquiète pour elle, j'ai peur qu'elle va échouer dans l'examen final ».

D'après l'entretien qu'on a eu avec les enseignants de Malika, Malika a un manque de concentration, et de sérieux, ici on perçoit une grande ignorance chez les enseignants, car Malika est encore un enfant, alors le travail des enseignants c'est de lui faire aimer les études en premier lieu, ils disent aussi qu'elle passe son temps à écrire sur table, à jouer avec ses affaires, ou à jouer avec ses cheveux, Malika s'assoie dans la première table pour bien entendre quand l'enseignant explique, tous ses enseignants nous rapportent que Malika n'accepte jamais de faire la lecture, ou de sortir au tableau. D'après eux, Malika va à l'école chaque matin sans intérêts et sans objectifs, les enseignants doivent considérer l'élève déficient tout d'abord comme une personne humaine, qui grandit, qui doit passer du premier degré au second degré, ils disent qu'ils sont tous inquiets pour elle, car elle a déjà refait l'année. Malika est souvent rejetée par ses camarades de classe, car d'après ce que la majorité de ses enseignants nous ont dits, Malika a pleins d'arrière-pensées, et qu'elle invente des choses pour ne pas étudier, et que pour cette raison ils lui changent de place à chaque fois.

Les enseignants nous rajoutent aussi que la maman de Malika vient souvent à l'établissement pour plaindre, et qu'elle n'arrête pas de crier sur les autres élèves de sa classe, et de les culpabiliser, et elle n'arrête pas de dire que les élèves se moquent de sa fille, et qu'ils l'appellent d'une sourde, et de menteuse. La maman est souvent en position d'attaque pour sa fille.

D'après les enseignants, le comportement de la maman n'aide pas sa famille à avoir des amis, mais bien au contraire ils l'éloignent toujours d'elle, Malika est hyper protégée par sa maman.

Les enseignants nous affirment qu'ils surveillent bien en classe le comportement de chaque élève, et leur langage, et que personne n'insulte l'autre, ou se moque de l'autre, ou frappe l'autre, et même dans la cour.

Les enseignants nous rajoutent que chaque enseignant accompagne sa classe même à la cantine, pour bien les surveiller, et veiller sur eux.

Les enseignants avouent d'avoir essayé d'augmenter son niveau, ils lui donnent plus d'attention que le reste des élèves à cause de son handicap auditif.

Le rêve de Malika est de devenir une coiffeuse, elle nous a dit : « j'aime les cheveux de ma mère, j'aimerais devenir une coiffeuse pour jouer avec les cheveux de toutes les femmes ».

### **1-8-1) Analyse et interprétation du dessin de bonhomme de Malika**

Après avoir demandé à Malika de nous dessiner, sa réaction était positive, puis elle commence son dessin au milieu de la feuille par la tête, les yeux, les sourcils, le nez, la bouche rouge, le rouge, signifie l'excitation, l'amour, et c'est en rapport avec sang et feu, puis le tronc, les bras, et les mains, elle dessine aussi une robe en couleur violet et cette couleur exprime la tristesse, les vêtements font figure d'une deuxième peau qui garde quelque chose du corps qu'ils recouvrent, le vêtement représente la personnalité.

Elle dessine les jambes avec des scandales coloré en rouge, cette couleur signifie l'excitation, l'amour est c'est en rapport avec sang et feu.

Malika dessine de longs cheveux, qui revêtent un sens de besoin sensuels et de vitalité sexuelle, et ils peuvent aussi servir de masque, de rideau, ensuite elle dessine aussi un collier, et les bijoux évoquent le narcissisme. En haut de la feuille elle dessine un soleil coloré en jaune qui est un symbole paternel, et le ciel bleu.

Les traits du dessin de Malika sont légers, ce qui est une manifestation de sensibilité, de la douceur, et de la délicatesse, et les oreilles sont absentes dans le dessin de Malika, les enfants sourds ne les représentent pas comme son cas, donc sa reflète l'image du corps.

Malika nous informe que la fille dessinée elle a le même âge qu'elle 10 ans, elle nous rajoute aussi que c'est ainsi qu'elle veut s'habiller et se coiffer chaque jour, elle nous dit aussi qu'elle aime mettre des chaussures à talon comme dans son dessin.

### **Synthèse de l'analyse de l'entretien et dessin de bonhomme**

Après les entretiens effectués avec la maman de Malika, ses enseignants et elle-même, nous arrivons à dire que Malika souffre d'un traumatisme psychique causé par son image corporelle, et son dessin fait témoin. Malika a exprimé ce qu'elle voulait à travers son dessin ce qu'on appelle «le langage de corps» elle se présente comme elle souhaite être, Malika souffre aussi d'un retard du développement affectif.

Malika est victime du rejet et de l'hyper protection de la maman, ce qu'elle lui pose des conflits avec ses camarades en classe, malgré qu'elle a des désirs de contacts sociaux, mais elle trouve de grosse difficultés à les réaliser, elle ne trouve pas le désir complet, et d'après les entretiens effectués Malika a un rendement scolaire négative, et des difficultés pour s'intégrer dans des groupes.

### **1-9) Présentation et analyse du cas : « Meriem »**

Meriem est une fille âgée de 8 ans, elle est en troisième année primaire, elle souffre d'une surdité congénitale dès la naissance, elle est la cinquième d'une fratrie compos e de quatre garçons et une fille, elle est issue d'une famille pauvre, d'un père retraité en servisse militaire, âgé de 46 ans, et une mère femme de ménage  g e de 35 ans, ses parents sont divorcés juste après sa naissance. Meriem souffre d'une perte d'audition légère uniquement un oreille.

Au cours de notre entretien avec Meriem, on a remarqué qu'elle est très timide, calme, elle nous répond qu'avec de courtes phrases, Meriem nous dit qu'elle n'aime pas étudier, et elle n'aime pas son enseignante car elle la frappe souvent, elle nous dit si seulement c'était un enseignant pas une enseignante, elle nous dit aussi : **«loukan hachich ahi netchikhet, 3oufghint »**, **« toutes les femmes sont pareilles, je les déteste»**. Elle nous avoue qu'elle déteste sa mère, elle nous informe je déteste ma mère, elle m'interdit de voir mon père, et c'est une menteuse aussi, elle nous rajoute qu'elle veut retrouver son père et d'aller vivre avec lui, elle nous dit : **« ima tkhadem toujours, athman tet3awaniyi g le9ra gekham, en plus tfa9a3 la3jeb »**, **« ma mère passe son temps à travailler, elle ne m'aide pas à faire mes devoirs à la maison, et elle est très nerveuse »**.

En premier temps, on a demandé aux parents de Merieme de se rapprocher au niveau de l'établissement. Alors la maman s'est rapproch e, le non disponibilité de père à cause les problèmes conjugaux ; nous avons expliqué notre objectif de recherche et que toutes les informations resteront dans l'anonymat. Elle finit par accepter et de répondre a notre entretien qui a duré 43 minutes.

Elle nous dit je n'aime pas jouer avec les autres, et je ne veux pas qu'ils s'approchent de moi, je les déteste, Meriem rejette son entourage, par honte et la crainte de son

handicap. Par apport a son avenir Meriem aimerai devenir une vétérinaire, car elle aime les animaux.

Au cours de notre entretien avec la mère, elle nous parle de sa grossesse qui n'est pas programmé , on a constaté que Meriem n'est pas une enfant désirée, car la maman nous dit que son mari est un alcoolique, elle nous dit aussi que son mari ne prend aucune responsabilité, il s'en fou de tout ce qui ce passe chez lui, il rentre chaque soir sou, il est souvent absent même-ci il est en retraite, il passe son temps avec ses copains, elle nous rajoute que son mari n'était pas comme ça avant sa retraite.

Elle ne rajoute qu'après avoir dit a son mari qu'ils attendaient un enfant, il l'a frappé, et depuis il lui demande d'avorter, elle nous a avouées que chaque soir son mari l'a frappe, et il lui dit qu'il va bientôt la quitté.

Les beaux parents lui ont demandé de vivre avec eux pendant sa grossesse, jusqu'à l'arrivé du bébé, la mère à accepter, elle est partie avec ses enfants vivre avec ses beaux frère, elle nous avoue que juste après l'accouchement qui s'est bien passé, son mari à demander le divorce.

Après le divorce, la maman est partie vivre chez son frère, avec ses enfants, la maman nous dit en pleurons : « **3almegh ibgha ijwej tayet, dayen athman ithibiyi** », « **Je sais qu'il veut se marié avec une autre, il ne m'aime plus** ».

La maman nous dit a 18 mois, ma fille ne réagit pas quand je lui parle, et même quand elle dort et que y'a un fort bruit, elle ne se réveille pas, et j'ai remarqué aussi l'absence de certains mots, et aussi elle s'intéresse pas aux joues sonores, et quand je l'appelle par son prénom elle ne se retourne pas.

La maman nous dit qu'elle a parlé avec son frère de ce qu'elle a remarquée chez sa fille, et ils ont décidé de voir son pédiatre, et pour confirmé la surdité suspecté il a décidé de les orienté chez un médecin ORL, après le passage de l'audiogramme le degré de la surdité est confirmé. La mère nous affirme que Meriem commence à mettre le contour d'oreille à l'âge de 2 ans.

La maman nous avoue que la nouvelle la bouleversée car elle n'a pas les moyens pour soigner sa fille souffrante d'une surdité légère, et que ce handicap nécessite de

l'argent, après cela la maman commençait à travailler comme une femme de ménage chez les voisins jours et nuits.

La maman nous dit la relation de Meriem avec ses frères à la maison n'est pas agréable a savoir, ils se disputent régulièrement avec eux, et elle ne partage rien avec eux, si je ne l'aide pas à faire ses exercices, elle ne va pas les faire, son niveau scolaire me fait vraiment peur, elle déteste étudier, et ses résultats sont catastrophiques, de plus elle n'aime pas sortir de la maison. Elle demande toujours de voir son père, elle veut le rencontrer.

Selon la mère, Meriem a acquis l'autonomie sphinctérienne à 17 mois, elle nous dit aussi que Meriem refuse d'enlever le contour d'oreille quand elle veut dormir, elle se sent pas en sécurité, et même en faisons la douche elle l'enlève pas, et à-propos du sommeil la maman dit : **«Meriem athman thtetes mlih la3cha, thtekared à chaque fois bach ivérifier mala athman nekssas son contour d'oreille, nigh mala athman iplassa bien »**, **«Meriem ne dort pas bien la nuit, elle se réveille a chaque fois pour vérifiée si on lui a pas enlevé son contour d'oreille, ou si il est mal placé »**, et elle nous rajoute aussi en nous disons que sa fille fait souvent des cauchemardas.

Meriem n'aime pas jouer avec des enfants de son entourage, elle regarde tout le temps la télévision, les dessins animés, elle ne sort pas, à chaque fois que je veux faire des courses je lui demande de m'y accompagner elle refuse, elle préfère rester à la maison. Elle nous dit si Meriem sort, elle va se disputer et se bagarrer avec les voisins.

Selon la mère elle ne peut pas appeler son ex mari, car il n'a jamais cherché de leur nouvelle depuis le divorce.

La maman nous dit qu'elle ne veut pas parlé a sa fille de son père, par peur que son état s'aggrave, et elle va avoir une autre image de son père, elle me demande a chaque fois ou est son père, est pourquoi il ne rentre pas à la maison, et quand je lui dit que son père travail loin et qu'il ne peu pas rentré elle ne me crois pas, et elle me déteste a cause de ça, et elle m'accuse de l'avoir séparé de son père, elle nous rajoute aussi que sa fille est encore petite pour lui dire ce genre de choses car elle ne va pas comprendre, et sa va la perturbé encore plus, elle nous dit que Meriem n'a que des idées négative dans sa tête, et elle veut tout contrôler à la maison, et même en classe.

Elle nous dit : «**dayen netath iyas3igh ta9chicht, athman bghigh it3ayitegh felas, nigh atekathegh, zamreggh assefeqh ayen tebgha** », « **c'est ma fille unique, je ne veux pas la frapper, ou crier sur elle, je suis prête à lui donner tout ce qu'elle veut**»,

D'après la mère, Meriem est suivie par un psychologue à cause de son comportement violent et agressif, et chez un orthophoniste pour son retard de langage, et aussi chez L'ORL pour sa déficience auditive.

L'enseignante d'arabe de Meriem a 8ans d'expérience, et l'enseignante de Français à 2ans d'expérience, d'après notre entretien effectué on conclut que Meriem, est très sévère, impulsive et agressive avec ses camarades de classe, elle aime frapper les autres, et en classe l'enseignante nous dit que c'est une élève faible, elle a des problèmes du langage, et elle éprouve de sérieux problème de concentration, de participation, ainsi que les difficultés d'organisation en ce qui concerne les affaire scolaire, et des fois même elle oublie sa trousse, son cahier à la maison, si quelqu'un fait du bruit en classe, elle commence à crier, car sa l'empêche d'entendre, elle nous dit que Meriem s'assoie dans le deuxième rang et dans la première table pour voir tout le tableau et bien entendre, et aussi l'enseignante nous dit : « **j'écris tant possible au tableau pour compléter les information données** » .

Elle nous rajoute aussi que Meriem oublie de faire ses devoirs à la maison, et elle sort de la classe sans demander la permission, et elle manifeste des conduites d'agressivité envers les autres parfois physique et verbal. Merieme à un problème d'intégration, de communication et de socialisation à l'école. Et si je la frappe, elle se met à pleuré, elle se sent facilement blessée.

Meriem ne rêve de rien, juste de trouvé son père et de quitté sa mère, qui travaille tant pour la soigner.

### **1-9-1) Analyse et interprétation du dessin de bonhomme de Meriem**

Au début Meriem refuse de dessiner, mais après les encouragements de notre part et de la part de son enseignante elle a accepté, elle commence à dessiner son dessin au milieu de la feuille, les traits du dessin de Meriem sont très légers ce qui signifie une manifestation de la sensibilité, d'hésitation, et de la timidité. Son bonhomme est grand ce qui signifie l'assurance, et une confiance en soi.

Et la tête très grosse, ce qui évoque le narcissisme, ensuite elle passe aux traits du visage en commençons par les yeux grands et leur dimension indique la tendance à l'extraversion, le nez, et la bouche rouge qui est un instrument de communication avec autrui, le rouge ici signifie la colère et la violence. Les oreilles sont absents dans son dessin, les enfants sourds ne les représentent pas comme son cas.

Ensuite elle passe aux cheveux longs qui revêtent un sens de besoin sensuels et de vitalité sexuelle, comme ils peuvent aussi servir de masque, et un rideau pour cacher son contour d'oreille. Elle dessine le cou, les mains et une jupe jeune, puis les pieds, les mains et pieds sont des points de contact entre le corps et le milieu, sont particulièrement sensibles aux sentiments qui découlent de la relation. Et une jupe qui est naturellement caractéristique de personnages féminin, elle sert à accentuer le narcissisme féminin compensateur et sa couleur jeune indique la supériorité, et la trahison. Les vêtements font figure d'une deuxième peau qui garde quelque chose du corps qu'ils recouvrent.

Du côté gauche de son dessin, Meriem dessine un arbre coloré en verts et marron, le vert reflète la colère, et le marron qui est une couleur sombre est un signe de contrainte.

Et du côté droit, elle nous dessine une maison, sa présence exprime l'importance du foyer conçu, et aussi elle indique l'importance des parents pour elle, soit par affection, soit par désir de les satisfaire, soit crainte, ou soit par recherche de la sécurité.

Et un jardin avec des petites fleurs rouge est un symbole de féminité et de la joie, elles indiquent des préoccupations sexuelles.

L'environnement de style décoratif exprime le besoin d'un refuge et l'absence d'une image paternelle cohérente.

### **Synthèse du l'analyse selon l'entretien et dessin de bonhomme**

D'après l'entretien mené avec la mère, l'enseignante et Meriem, nous arrivons à dire que Meriem est très sensible, elle souffre d'un traumatisme psychique causé par son image du corps, elle manifeste des comportements d'agressivités envers son entourage et de la violence, le regard sur elle est centré sur la honte, la culpabilité, de son handicap. Meriem éprouve des sentiments d'infériorité intellectuelle, et de gros sentiments



d'insécurité, et elle a des difficultés d'apprentissage, et un retard du développement affectif, elle vit dans le rejet, et le rendement scolaire est négatif.

**La discussion des hypothèses**

L'objectif de notre recherche est de tenter d'analyser la qualité de vie des enfants handicapés scolarisés au sein des écoles primaires ordinaires. À partir de tous ce qu'a été recueillis dans notre pratique et après avoir présenté les neuf cas de notre recherche. L'application de l'entretien clinique semi-directif avec les parents et les instituteurs de chaque cas souffre d'handicap qu'est dans notre groupe de recherche et à l'aide du test du dessin de bonhomme fait auprès de ces enfants.

Notre thématique de recherche s'intitule « **La qualité de vie chez les enfants handicapés intégrés au sein des écoles ordinaires** », ce qui nous a laissé à poser notre question générale qui est « **Les enfants handicapés intégrés dans les écoles ordinaires présentent-ils une qualité de vies positive** » ?

Et pour répondre à cette question nous avons supposé une hypothèse générale qui est comme suite : « **Les enfants handicapés intégrés au sein des écoles ordinaires présentent-il une qualité de vie positive** ».

Vue les résultats que nous avons obtenus, après l'analyse des données des entretiens clinique, et de test de dessin de bonhomme que nous avons envisagées durant notre recherche nous confirmons notre hypothèse qui postule que les enfants handicapés intégrés au sein des écoles ordinaires ont une qualité de vie positive. Puisque la plus part des cas de notre groupe de recherche vu Yacine, Amel, Hinde, Yassmine, Lamia et Farouk, présentent des indices qui nous renvois à la qualité de vie. Sachons que Le handicap ne doit donc pas empêcher l'enfant d'accéder à l'éducation. L'insertion scolaire est très importante. En effet, pour qu'un enfant devient un adulte totalement intégré, il faut agir dès le plus jeune âge et le mettre en contact avec d'autres enfants non déficients.

Dans le quel les six cas sont souvent motivés pour leurs niveau et leurs résultats scolaire, leurs redonner confiance en eux, et que la bonne intégration est très importante pour susciter des conflits cognitifs, c'est-à-dire mettre l'enfant dans une situation où il y'a des obstacles lui permettrait d'atteindre des objectifs comme résoudre des exercices, ont la chance de participer de poursuivre leurs scolarisation à l'école ordinaire.

D'après les résultats obtenus ont infirmés notre hypothèses ce qui concerne notre cas Hilale, Malika et Merieme. On constate que pour ses cas, leur scolarisation en milieu scolaire peut s'avérer difficile et éprouvant, et donc être source de souffrance et compliquer la situation de l'enfant et nuire leurs scolarisation.

Ainsi que, pour notre question partiel qui est « **L'handicape-a-il une influence positive sur le côté relationnelle et à l'adaptation sociale chez les enfants handicapés intégrer au sein des écoles ordinaires** » ?

Et pour répondre à cette question nous avons supposé une hypothèse partiel qui est comme suite « **L'handicape a-t- il une influence positive sur le côté relationnelle et à l'adaptation sociale chez les enfants handicapés intégrer au sein des écoles ordinaires** ».

Vue les résultats que nous avons obtenus, après l'analyse des données des entretiens clinique et de test de dessin de bonhomme que nous avons envisagées durant notre recherche nous confirmons notre hypothèses qui postule que « **L'handicap a-t- il une influence positive sur le côté relationnelle et à l'adaptation sociale chez les enfants handicapés intégrer au sein des écoles ordinaires** ». Puisque la plus part des cas de groupe de recherche vu Yacine, Amel, Hinde, Yassmine et Lamia, présentent une bonne intégration et une bonne adaptation sociale. Ces enfants peuvent participer au certaines activités comme le sport, le jeu et participer aux activités de loisir.

D'après les résultats obtenus ont infirmés notre hypothèses ce qui concerne notre cas Hilale, Malika et Merieme et Farouk. On constate que pour ses cas, leurs socialisations n'a pas réussit ou ils se manifestent par le retrait, le rejet et l'isolement.

Les enfants handicapés placés au sein des écoles ordinaires présentent un retard au moins important dans les apprentissages. Ils trouvent des difficultés à apprendre et à assimiler facilement le cours, et d'autre chose, afin de s'intégrer facilement dans la société. Des aménagements pédagogique sont nécessaire pour ces enfants soient autonomes.

La prise en charge des enfants handicapés repose sur quelques éléments :

Le développement de tout enfant passe par l'existence de stimulations adaptées à ses capacités et l'introduction progressive d'exigences et de règles, dans une atmosphère de soutien affectif. L'enfant déficient, à la mesure de ses capacités, doit pouvoir bénéficier de ces attitudes dans les milieux ordinaires : famille, crèche, école. Le contact avec d'autres enfants est important. Et une fois le diagnostic des troubles du langage et de parole posé. L'objectif principal de celle-ci doit être clair dès le départ. Il consiste à permettre à l'enfant de communiquer avec son entourage.

En Algérie, la question de l'accès à la scolarité des enfants à besoins spécifiques a pris, ces dernières années, un relief particulier dans les préoccupations des spécialistes de l'éducation. Certes, cet intérêt n'est pas nouvelles, mais les approches actuelles se distinguent et reflètent en réalité une évolution importante au niveau des politiques de prise en charge sur le plan scolaire. Une telle problématique, nous invitons aujourd'hui à penser aux différentes manières de prise en charge de cette catégorie d'enfants, notamment sur le plan pédagogique (aide, accompagnement, soutien psychologique).



# **Conclusion générale**

**Conclusion**

On guise de conclusion, on va dire que ce travail nous a permis de découvrir et d'approfondir nos connaissances sur le fonctionnement psychologique et comportemental des enfants handicapés intégrés dans des écoles ordinaires.

Ce qui nous a permis de dire que chaque membre de l'entourage permet à l'enfant de développer ses connaissances, sa curiosité, et ses capacités d'adaptation. Plus un enfant est entouré de personnes différentes plus les possibilités de développement sont multipliées. Et les enfants porteurs de handicaps, quelque soit leur handicap ont droit à l'éducation, chaque école a vocation à accueillir tous les enfants quels que soient leurs besoins.

Les parents doivent s'y adapter, s'organiser pour offrir des conditions favorables au développement de l'enfant, tout en tentant de préserver leur intégrité personnelle et familiale. Tout enfant handicapé a besoin de ses parents pour l'aimer, le favoriser et le guider. La situation des enfants handicapés et leur famille est particulièrement délicate et complexe.

L'intégration scolaire des enfants est d'une importance capitale dans le processus d'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées ; l'intégration en classe ordinaire apparaît comme un moyen formidable d'insérer les élèves handicapés dans notre société.

La réussite d'une intégration scolaire ne s'évalue pas seulement dans l'immédiat, et par référence à elle-même. Une intégration réussie c'est, à long terme, la faculté pour tous, de vivre ensemble, et cela dépasse de loin les problèmes de l'école.

Et un enfant porteur de handicap a besoin de l'autre, parce qu'il est dépendant physiquement, parce qu'il est fragile, parce qu'il doit mettre en place des techniques particulières pour se repérer dans l'espace ou pour communiquer.

Alors, on doit fournir aux enfants des programmes adaptés à leurs besoins, favoriser leur autonomie et leur intégration maximale dans la communauté.

Ce travail porte sur « les enfants porteurs d'handicaps, scolarisé au sein des écoles ordinaire », dans notre recherche on s'est basé sur neuf cas (09) dans tous les niveaux de (6ans à 10ans). Notre recherche a eu pour objectif de décrire l'adaptation des élèves handicapés à l'école, et l'impact d'image du corps sur sa personnalité.

À fin de réalisé cette recherche, nous avons utilisé deux techniques d'investigation pour le recueil des informations, l'entretien clinique semi-directif et test de dessin de bonhomme.

À partir des résultats obtenus montrent que trois cas ont un rendement scolaire faible, et leur handicap a un impact sur leurs personnalités, et présente une mauvaise qualité de vie (Hilale, Malika et Meriem), alors que d'autres cas six cas (Yacine, Amel, Hinde, Yassmine et Farouk) ont un rendement scolaire satisfaisant, et leur handicap n'a pas d'impact sur leurs personnalités et ils présentent une bonne qualité de vie au sein de l'école.

On pense que toutes les situations sont déférentes, il est important de ne pas généralisé, ils doivent être traités de manière individuelle en tenant compte du caractère de l'enfant de son handicap, de ses besoins et de ses capacités. Il ne suffit pas en effet de se contenter de facilité l'accès des enfants handicapé à l'école ordinaire, encore il faut mettre en place un environnement adapté et stimulent, et il faut se donner les moyens pour que soient réunies toutes les conditions relationnelles, éducatives, et matérielles favorable à l'accueil a l'enfant et à son environnement.

En fin nous souhaitons que ce modeste travail puisse ouvrir des perspectives pour d'autres recherches qui traitent le thème de la qualité de vie chez les enfants handicapés intégrés au sein des écoles ordinaires. Ce qui nous a incités à poser les questions ci-dessous :

- 1) Est ce-que les enseignants éprouvent un certain malaise face à un enfant handicapé ?
- 2) Est-ce-que l'intégration scolaire d'enfant handicapé est bénéfique pour son développement pédagogique ?



## **La liste des références**



## La liste de référence

### ❖ Les ouvrages

- Baldy, R. (2002). Dessine moi un bonhomme «*Dessins d'enfants et développement cognitif*». Paris. In press.
- Bruchon. S & Boujut, M. (2002). «*Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes* ». Paris. Dunod.
- Claude, B & Rodolphe. E, & al. (2003). «*Traité de psychologie cognitive* ». Paris. Dunod.
- Claude, H. (2012). «*Les personnes en situation de handicaps* ». Paris. Presse universitaires de France.
- Delmas, V & Coll. (2008). «*Anatomie générale* ». Paris. Masson.
- Déptteau, F. (2000). «*La démarche c'une recherche en sciences humaines* ». Bruxelles. Boeck.
- Djaouida, P. (2003). «*L'évaluation clinique en psychologie de l'enfant* ». Paris. Dunod.
- Dumas, J-E. (2002). «*Psychologie de l'enfant et de l'adolescent* ». Bruxelles. Boeck. Dunod.
- Fischer, G-N. (2002). «*Traité de la psychologie de la santé* ». Paris. Dunod.
- Françoise, G & al. (2015). «*Manuel d'enseignement de psychomotricité* ».Bruxuelle .Boeck.
- Gumuchian, H & all. (2000). «*Initiation à la recherche en géographie : Aménagement développement territorial, environnement* ».Paris. Economica.
- Guyton, A-C. (1984). «*Traite de psychologie médicale. Traduit de l'américaine par Gontier, J* ». Doin.
- Hage, C. Charlier, B. Leybaert, J. (2006). «*Compétences cognitives, l'linguistique et sociales de l'enfant sourd* ». Paris. Mardaga.
- Jacqueline, G & Corine, C. (2004). «*Diplôme d'état auxiliaire de la vie sociale* ». Elsevier. Masson.
- Jacqueline, R. (1984). «*La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme* ». Bruxelles. Editest.
- Jahnw, B. (2015). «*Diagnostic et statistiques des troubles mentaux-5* ». Elsevier. Masson.

- Laval, V. (2004). *La psychologie du développement « outils et méthodes »*. Paris.
- Lepage, A & Coste, J. (2001). « *Mesure de la santé perçue de la Qualité de*
- Liberman, R. (2013). « *Handicap et maladie mentale* ». Paris. PUF.
- Lonescus, S & Blanchet. A. (2006). « *Psychologie clinique et psychopathologie* ». Paris. PUF.
- Maried, E-N. (2000). « *Biologie humaine, anatomie et physiologie* ». Paris. Boeck université.
- Marilou, B-S. (2002). « *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes* ». Paris.
- Marilou, B-S., Boujut. (2014). « *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes* ».Paris. Dunod.
- Masson, E. (2005). « *Douleur, Soins palliatifs, Deuils* ». Paris. Masson.
- Menu J-P. (1996). « *Le malvoyant* ». Vélizy. Doin.
- Nathalie, N-G. (2015). « *Psychologie du handicap* ».Bruxuelle. Boeck.
- N'da, Paul., 2002. « *Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats* », Editions Universitaires de Côte d'Ivoire, Abidjan
- Oliver, H & Gaëlle, I. (2013). « *Psychologie du développement cognitif* ».Paris. PUF.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2011). « *CIF, classification internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé* ».
- Osterrieth, A-P. (2004). « *Introduction à la psychologie de l'enfant* ». Bruxelles. Boeck.
- Pédinieli, J-L. (2006). « *L'observation clinique et l'étude de cas* ».Paris. Armand Colin.
- Samuel, G-P. (2010). « *Comprendre les déficiences intellectuelles sévères et profondes* ». Paris. Harmatton.
- Sander, M-S. (2005). « *La population en situation du handicap en France. Enquête HID (1998-1999). Observatoire régional de la des pays de la Loire.*
- Sultan, S et Varescan, I. (2012). « *Psychologie de la santé* ». Paris. PUF.
- Tourrette, C & Guidetti, M. (2002). « *Handicap et développement psychologique de l'enfant* ». Paris. Armand Colin.
- Tourrette, C & Guidetti, M. (2014). « *Handicap et développement psychologique de l'enfant* ». Paris. Armand Colin.
- Westen, D. (2000). « *Psychologie, pensée cerveau et culture* ». Boeck supérieur.

❖ **Les dictionnaires**

- Bloch, H & all. (2003). « *Le grand dictionnaire de la psychologie* ». Paris. Larousse.
- Chahraoui, Kh & Benony, H. (2003). « *Méthodes, évaluations et recherche en psychologie clinique* ». Paris. Dalloz.
- Frederique, B & al. (2004). « *Dictionnaire d'orthophonie* ». Ortho.
- Gérard, Z & Dominique, P. (2004). « *Dictionnaire du handicap. Ecole national de la santé* ».
- Hetall, B. (2005). « *Dictionnaire de la psychologie* ». Casalis. Didier.
- Sillamy, N. (2003). « *Dictionnaire de la psychologie* ». Paris. Larousse.

❖ **Les thèses et les mémoires**

- Azi, I. & Hadjerioua, H. (2017). « *Evaluation des coûts de la prise en charge des enfants inadaptés mentaux dans la wilaya de Bejaia* ». Mémoire de master option Economie appliquée et ingénierie financière, sous la direction de Mr Hidra, Y. Université A-Mira de Béjaia.
- Bouchloukh, M. (2008-2009). « *Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs* ». Thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, sous la direction de Dr. Loukia, H., Université Mentouri de Constantine.
- Boudouda, N-E. (2013). « *Les immigrés maghrébins à l'épreuve du vieillissement : Concept de soi et qualité de vie* ». Université Nancy.
- Bouzenoune, Y. (2008). « *La place des handicapés moteur dans les habitations collective en Algérie* ». Mémoire de magistère option habitat et environnement urbain, sous la direction du docteur M<sup>me</sup> Benrachi Bouba, Université Mentouri de Constantine.
- Brahimi, S & Bounab, S. (2007). « *L'attitude de l'handicapé moteur vis-à vis de la formation professionnelle* ». Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention d'une licence en sociologie, option éducation.
- Christine, R. (2011). « *La qualité de vie et fatigue en cancérologie* ». Université Henri Poincare.
- Delphine, K. (2011). « *Qualité de vie et réinsertion à long terme après un cancer du sein en France* ». Université Strasbourg.
- Gras, D. (2009). « *Santé et qualité de vie des frères et sœurs d'enfants atteints de maladies chroniques* ». Thèse Université de Nantes, Faculté de médecine.

- Moulin, J.-P. (2010). « *Problématiques Educatives Des Elèves En Difficultés. Analyse Des comportements Des Enseignants* ». Thèse De Doctorat En Lettres. Fribourg : Université De Fribourg ,1992 .Müller, D. Différenciation, Intégration, Inclusion : Trois Concepts A La Même Ecole De L'égalité Et De L'équité. Prismes.

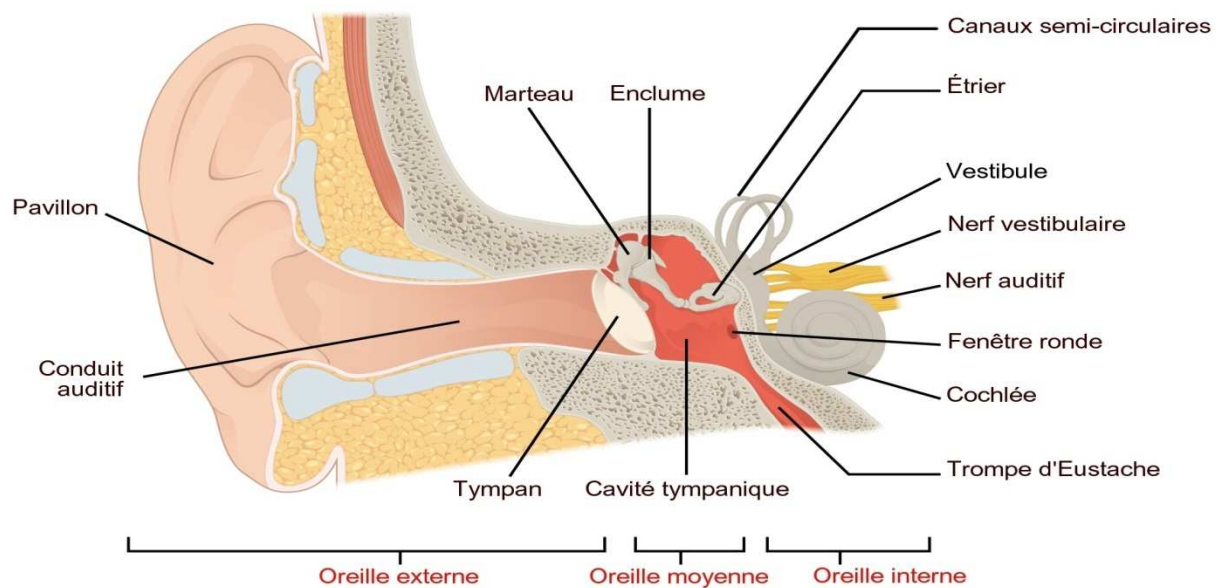
### ❖ Les revues et les PDF

- Auquier, P & Iordanova, T. (2004). « *Qualité de vie et santé* ». Laboratoire de santé publique, faculté de médecine de Marseille.
- Bour, H & al. (1978). « *Surdité* ». LA revue du praticien. XXIII. N7. P479.573.
- CEMEA « *Psychologie de développement de l'enfant* ». Les dossiers de l'info. Pays de la Loire.
- Duville, J. (2008). « Etude exploratoire : *La qualité de vie des fumeurs fond des affections respiratoire formation continue interuniversitaire de tabacologie* ».
- Eline, M & Jocelyne, F. (2017). « *La qualité de vie : perspectives théoriques et empiriques* ». Santé mentale au Québec.
- Leplege. A. (1999), « *les mesures de la qualité de vie* », Paris, PUF, colln°3506.
- Mercier, M & Scharaud, S. (2005). « *Qualité de vie : Quels outils de mesure* ».
- Montreuil. M & al. (2009). « *La qualité de vie ou l'intérêt de la subjectivité de l'opinion individuelle* ». Paris. Noesis, histoire de science et de la technique.

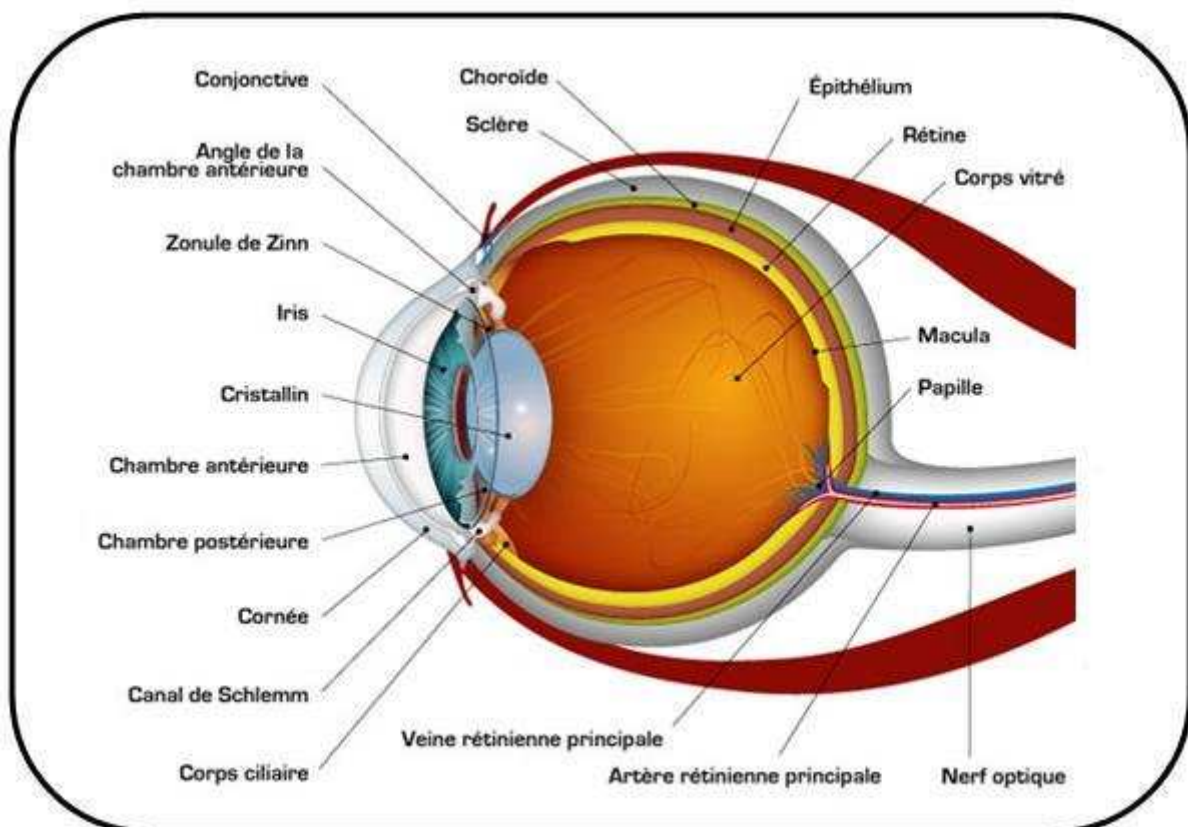


# **Annexes**

## Annexe N°1)

*L'anatomie et la physiologie de l'oreille*

## Annexe N°2)

*L'anatomie et la physiologie de l'œil*

**Annexe N°3)**

***Guide d'entretien***

***Guide d'entretien avec les enfants***

On a effectué un guide d'entretien avec les enfants qui se compose de trois axes :

**Axe N°1) réservé pour la collecte des données personnelles sur les enfants**

- 1) Non :
- 2) Age :
- 3) Sexe : Féminin  Masculin
- 4) Niveau de la scolarisation :
- 5) Rang dans la fratrie:

**Axe N°2) réservé pour la collecte des données de l'enfant au sein de l'école**

- 6) Vous aimez d'aller à l'école ?
- 7) Vous trouvez les difficultés d'assimiler les cours ?
- 8) Vous participez en classe ?
- 9) Vous jouez avec tes camarades dans la cour ?
- 10) Quel est la matière préférée ?
- 11) Vous venez seul à l'école, ou bien avec tes amis ?
- 12) Vous aimez tes enseignants ?

**Axe N°3) Le regard vers l'avenir**

- 1) Comment envisagez-vous votre avenir ?
- 2) Quels sont vos futurs projets ?

***Guide d'entretien avec les parents***

On a effectué un guide d'entretien avec les parents qui se compose de trois axes :

**Axe N°1) réservé pour la collecte des données personnelles sur les parents**

- 1) Non :
- 2) Age :
- 3) Sexe : Féminin  Masculin
- 4) Profession :
- 5) Niveau d'instruction :

**Axe N°2) réservé pour des données sur les sujets et l'histoire de sa maladie**

- 1) Pouvez-vous nous parler de la période de grossesse
- 2) Comment avez-vous vécu votre accouchement
- 3) A quel âge votre enfant atteint de cette handicap
- 4) Quelles sont les causes de cet handicap

**Axe N° 3) réservé pour des données enfant handicapé et la famille**

- 1) Pouvez-vous nous décrire la relation de votre l'enfant avec ses frères et sœurs ?
- 2) Pouvez-vous nous parler du jeu de votre enfant (la manière de jouer)
- 3) Est-ce que votre enfant réalise des taches de la vie quotidienne
- 4) Est-ce que votre enfant acquis l'autonomie vestimentaire et alimentaire
- 5) Est-ce que votre enfant acquis l'autonomie sphinctérien ?
- 6) Est-ce que votre enfant capable de réaliser ses devoirs ?
- 7) Est-ce que votre enfant ressentait des sentiments positifs dans sa vie
- 8) Est-ce que votre enfant à besoin tout le temps du l'aide pour réaliser quelque taches

**Guide d'entretien avec les instituteurs**

On a effectué durant notre recherche un guide d'entretien pour les instituteurs qui se compose de 3 axes

**Axe N°1) réservé pour les données personnelles sur les instituteurs**

- 1) Non :
- 2) Age :
- 3) Sexe :      Féminin     Masculin
- 4) Enseignant (e) de matière :
- 5) Nombre d'année de travail (expérience) :

**Axe N°2) réservé pour les données enfant handicapé dans l'école**

- 1) Est-ce que l'enfant handicapé a fait le pré scolaire ?
- 2) Est-ce que l'enfant handicapé a refait l'année ?
- 3) Comment était l'état psychique de l'enfant handicapé lors la première fois du rentré scolaire ?
- 4) Est-ce que l'enfant handicapé s'intègre rapidement avec les paires ?
- 5) Qu'il est la relation de cet enfant avec ces paires dans la classe ?
- 6) Avait-il le sentiment de vivre dans un environnement sécurisé (à l'école) ?
- 7) Est-ce que il manifeste des comportements de rejet ?
- 8) Comment il est son rendement ?
- 9) Est-ce que l'enseignant donne l'attention à l'enfant handicapé ?



**Axe N° 3) réservé pour les données sur l'enfant handicapé en classe et son qualité de vie scolaire**

- 1) Est-ce que les enfants handicapés participent en classe ?
- 2) Est-ce que les enfants handicapés ont des difficultés à assimiler les cours par apport aux enfants normaux ?
- 3) L'enfant handicapé éprouve t-il des difficultés lors des taches complexes que se soit en classe ou à domicile ?
- 4) Qu'elle est la matière préférée par les enfants handicapés ?
- 5) Est-ce que l'existence d'un handicap dans la classe perturbe dans le rythme de travail ?
- 6) Comptent- ils sur leurs amis durant la réalisation certaine exercices en classe ?
- 7) Ont-ils des capacités d'apprendre des nouvelles informations ?

## Annexe N°4)

## Analyse qualitative du dessin de bonhomme

Nom *Annie P*Age réel *14 ans 6 mois*

## FEUILLE DE NOTATION DU BONHOMME

## I. ECHELLE DE MATURITE

## 1°) TETE:

- ① Tête présente (F.G.4)
- ② Présence des yeux (F.G.4)
- ③ Présence de la bouche (F.5, G.6)
- ④ Présence du nez (F.G.5)
- ⑤ Présence des cheveux (F. 6, G.11)
- ⑥ Couleur «réaliste» du fond du visage (F.7, G.6)
- ⑦ Couleur «réaliste» des yeux (F. 7, G.6)
- ⑧ Couleur «réaliste» de la bouche (F. 7, G.6)
- ⑨ Forme ovale des yeux (F.8)
- ⑩ Au moins deux détails des yeux (F.8)
- ⑪ Couleurs entièrement réalistes du visage (F.9, G.10)
- ⑫ Forme évoluée de la bouche (F.G.9)
- ⑬ Écartement correct des yeux (F.10)
- ⑭ Hauteur correcte des yeux (F.11, G.12)
- ⑮ Forme évoluée du nez (F.11)
- ⑯ Forme évoluée ou «coiffure» des cheveux (F.11)
- ⑰ Couleur réaliste du nez (F.11, G.10)
- ⑱ Au moins trois détails des yeux (F.12)
- ⑲ Présence des prunelles (F.12)
- ⑳ Présence des sourcils (F.12)
- ㉑ Couleur rouge de la bouche (F.12)
- ㉒ «Coiffure» spéciale des cheveux (F.12)
- ㉓ Place correcte (hauteur et largeur) des yeux (F.12)

## 2°) SCHEMA CORPOREL:

- ① Bonhomme reconnaissable (F.4)
- ② Dessin orienté dans le page (F.G.4)
- ③ Au moins deux détails corporels (F.4, G.5)
- ④ Tronc présent (F.4, G.5)
- ⑤ Bras présents (F.4, G.5)
- ⑥ Jambes présentes (F.4, G.5)
- ⑦ Bras attachés au tronc (F.G.5)

- ⑧ Jambes attachées au tronc (F.G.5)
- ⑨ Présence des pieds (F.G.5)
- ⑩ Tronc plus long que large (F.6, G.5)
- ⑪ Bras à double trait (F.G.6)
- ⑫ Jambes à double trait (F.G.6)
- ⑬ Contours du dessin au crayon noir (F.7, G.6)
- ⑭ Présence des doigts (nombre quelconque) (F.G.7)
- ⑮ Bonnes proportions des bras (F.7, G.9)
- ⑯ Tronc «souple» (F.8, G.9)
- ⑰ Cou présent (F.8, G.11)
- ⑱ Bonnes proportions des jambes (F.8, G.11)
- ⑲ Bras attachés au tronc à la place correcte (F.8, G.11)
- ⑳ Forme «souple» des jambes (F.8, G.11)
- ㉑ Cou «souple» (F.9, G.11)
- ㉒ Sexe reconnaissable (F.G.9)
- ㉓ Couleur réaliste des mains (F.9, G.8)
- ㉔ Attache des jambes sans espace intermédiaire (F.9)
- ㉕ 5 doigts ou pouce détaché des autres doigts représentés globalement (F.10, G.11)
- ㉖ Épaules présentes (F.10, G.9)
- ㉗ Bonnes proportions de la tête (F.10, G.12)
- ㉘ Age reconnaissable (F.G.10)
- ㉙ Présence de la paume de la main (avec ou sans doigts) (F.G.10)
- ㉚ Attache «sans limites» des jambes (F.10)
- ㉛ Attache «sans limites» des bras (F.11)
- ㉜ Position «logique» des pieds (F.11, G.10)
- ㉝ Couleur identique et «réaliste» du visage et des mains (F.11, G.12)

## 3°) VETEMENT:

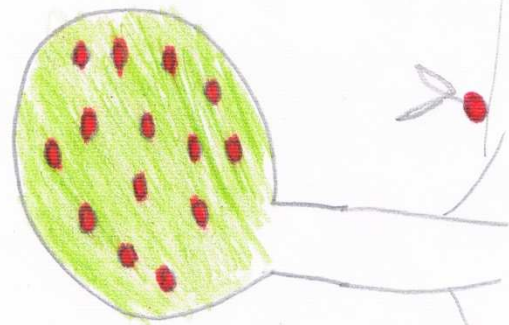
- ① Présence du vêtement (F.G.5)
- ② Au moins 1 détail vestimentaire (F.G.6)
- ③ Pantalon présent (F.G.6)
- ④ Ceinture présente (F.9, G.11)
- ⑤ Chaussures présentes (F.6, G.7)
- ⑥ Au moins 3 détails vestimentaires (F.8, G.11)
- ⑦ Absence de couleur «idéologique» au corsage (F.8, G.11)
- ⑧ Absence de couleur «idéologique» des mains (F.9, G.12)
- ⑨ Au moins 3 détails vestimentaires (F.10, G.12)
- ⑩ Corsage «séparé» ou «détaché» du cou (F.12)
- ⑪ Pantalon «détaché» des jambes (F.12)
- ⑫ Chaussures de couleur réaliste (F.12)
- ⑬ Au moins 4 détails vestimentaires (F.12)
- ⑭ Bonhomme «personnalisé» (G.12)

Annexe N°5) les dessins

Jacine - 10 ans

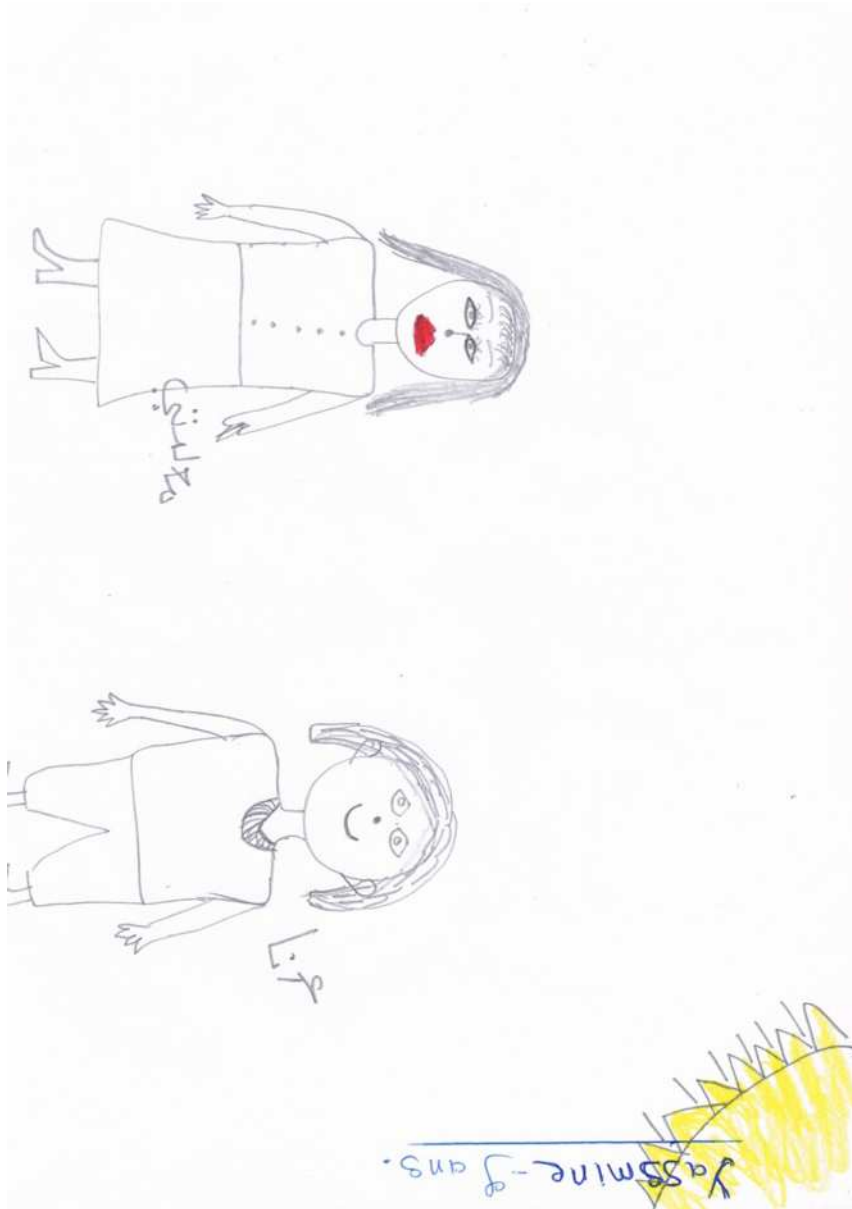


Amel - 8 ans.



aloud taruk - yang





Hind - 10 ans



Cas Edmia - yans

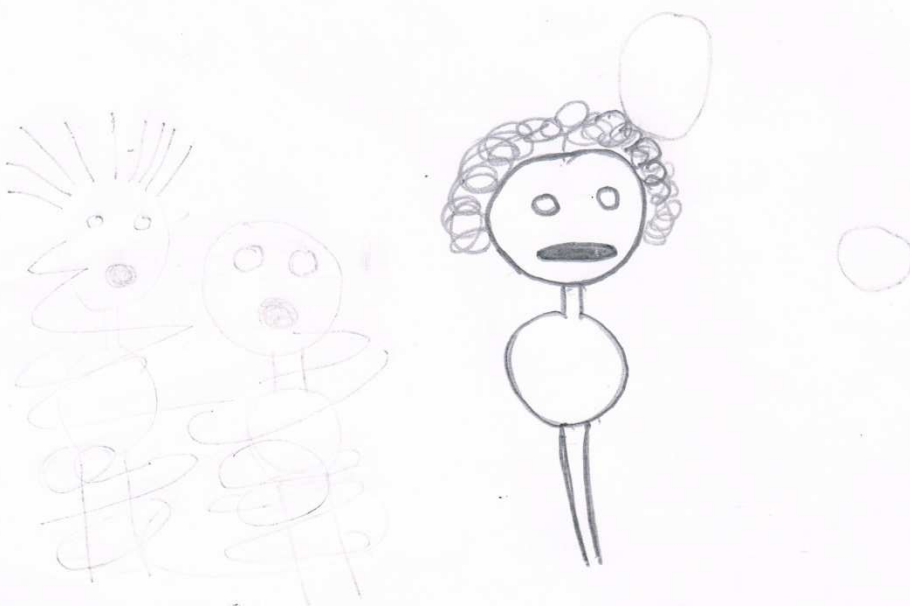


www



Milale Joany

---



FRANÇOISE Talika - 10 ans



gas Meriem - Jans

