

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines

Département des Sciences Sociales

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention d'un diplôme de master

Option : psychologie clinique

Thème :

*L'organisation spatio-temporelle chez les enfants
déficients mentaux*

*Etude de 06 cas au niveau du centre D.E.F.I
d'Aokas*

Réalisé par :

Promoteur:

Mr. BELBESSAI Rachid

1-HAMADI Mounir

2-GOUCHENE Ferhat

Année universitaire: 2014-2015

Remerciements

Avant tout je tien à remercier dieu tout puissant de m'avoir donnée la force pour réaliser ce modeste travail, et à tous ceux qui ont lu, sous ces diverses formes.

A mon promoteur Mr BELBESSAI Rachid, qui m'as accompagné tout au long de cette expérience, avec beaucoup de patience, de compréhension, et aussi pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer .merci.

A tous les membres du jury qui ont accepté d'évaluer ce modeste travail.
A tous l'ensemble du personnel du centre DEFI d'aokas ; le psychologue, sans oublier tout les enfants qui ont accepté de partager un peu d'eux même en participant à cette étude.

Merci à tous ceux qui ont été source de mon inspiration et qui nous ont orientés, conseillés.

A nos très chères familles et à nos amis qui ont cru en nous au moment ou en est douté le plus.

On vous remercie tous pour votre soutien durant ces longues années d'étude. Je remercie infiniment la psychologue de centre qui nous a aidés vraiment tout au long de ce travail par ses conseils merveilleux.

Dédicaces

Je dédie ce travail,

A

*Mon amis « gouchene ferhat » « que dieu le tout
puissant l'accueille en son vaste paradis amène »*

A

*Toute sa famille son père Brahim et sa mère et ces
frères rimy, lounis et sa sœur.*

Mounir

Sommaire

La liste des abréviations

Introduction

La partie théorique

Chapitre I : le cadre générale de la problématique

- I) La problématique.....04
- II) La définition et l'opérationnalisation des concepts clés.....07
- III) Les objectifs de la recherche et du choix du thème.....08

Chapitre II : la déficience mentale

- Préambule.....12
- I) Définition de la déficience mentale.....12
- II) Historique de la déficience mentale.....17
- III) Les facteurs pathologiques de l'arriération mentale.....19
- IV) Les caractéristiques de la déficience mentale.....23
- V) Les conséquences de la déficience mentale.....24
- VI) Le développement psychologique des enfants déficient mentaux.....26
- VII) La classification de la déficience mentale.....29
- VIII) Les perspectives d'intervention dans la déficience mentale.....30

Le résumé du chapitre.....	34
-----------------------------------	-----------

Chapitre II : l'organisation spatio-temporelle

Préambule.....	36
I) la structuration de l'espace.....	36
II) L'évolution de l'espace chez l'enfant.....	39
III) Trouble de la structuration spatiale chez l'enfant.....	41
IV) La structuration temporelle.....	46
V) Les étapes de l'orientation temporelle.....	47
VI) La construction de temps.....	48
VII) L'enfant et le temps.....	50
VIII) Les difficultés de temps chez l'enfant.....	52
IX) Trouble de la structuration temporelle chez l'enfant.....	54
Conclusion de chapitre.....	56

La partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la pratique

Préambule.....	59
I) Présentation de lieu de la recherche.....	59
1) Présentation du centre médico-pédagogique.....	59
2) La population de la recherche.....	60
3) Présentation de groupe pédagogique.....	60
4) Présentation des enfants inadaptés mentaux par classe.....	60
II) Méthode et techniques utilisées.....	61
1) La méthode de la recherche.....	61
2) Les outils de la recherche.....	61
2.1) L'entretien clinique.....	62
2.2) Le dessin du bonhomme.....	64
III) Le déroulement de la recherche.....	66
IV) Les difficultés de la recherche.....	66
Conclusion de chapitre.....	67

Chapitre V : analyse et interprétation des résultats.

I)	Présentation et analyse des résultats de la recherche.....	69
	1) Le premier cas.....	69
	2) Le deuxième cas.....	76
	3) Le troisième cas	83
	4) Le quatrième cas.....	90
	5) Le cinquième cas.....	97
	6) Le sixième cas.....	104
II)	La discussion de l'hypothèse.....	111
	La conclusion	113
	La liste bibliographique.....	115
	Les annexes	

Liste des abréviations

Q.I	Quotient intellectuel
L'OMS	L'Organisation mondiale de la santé
AIESDM	l'association internationale d'études scientifique de la déficience mentale
I'AAMD	L'association américaine de la déficience mentale
CIM 10	La classification internationale des maladies
DSM-IV	Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
AAMR	association américaine sur le retard mental

Introduction

Introduction

L'enfance est une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence, c'est une étape nécessaire à la transformation du nouveau-né en adulte, cette transformation qui est marquée par le développement sensori-moteur, affectif et intellectuel du jeune enfant dans les conditions de la normalité, mais dans le cas contraire ou l'enfant peut rencontrer des arriérations qui empêchent le suivi normal de son évolution intellectuelle est incapable de s'adapter à son environnement c'est l'enfant déficient mental.

Cette catégorie d'enfants a besoin d'une plus grande attention et beaucoup plus de compréhension, c'est pour cela que la société a créé des institutions spécialisées, pédagogiques pour la prise en charge des enfants déficients mentaux.

La création des centres médico-pédagogiques pour enfants déficients mentaux ont pour objectif de soins, d'éducation, de formation, et d'amélioration de leurs états par des activités pédagogiques.

Les enfants déficients mentaux présentent des difficultés de compréhension, de l'attention, de mémorisation, et des difficultés de l'organisation spatio-temporelle c'est pour cela les membres de groupes pédagogiques ont des difficultés d'éduquer, et d'améliorer ces enfants.

Parmi les degrés de la déficience mentale, la déficience mentale moyenne cette tranche partage certaines capacités des enfants normaux, comme la capacité de l'écriture, du dessin, de l'organisation spatio-temporelle.

Dans cette étude qui résume à un essai de tester l'organisation spatio-temporelle, on s'appuie sur un test de dessin du bonhomme.

Notre sujet qui se focalise sur l'organisation spatio-temporelle des enfants déficients mentaux comporte deux approches essentielles : l'organisation spatio-temporelle, la déficience mentale. Pour cela, on a essayé de cerner les

contours par une présentation des idées essentielles selon des chapitres correspondant au volet théorique et pratique, le premier est consacré pour la problématique et les raisons de choix du thème et les définitions des concepts, la partie théorique qui englobe les deux chapitres, dans le deuxième chapitre pour la déficience mentale et le troisième pour l'organisation spatio-temporelle, et la partie pratique réservée au deux derniers chapitres, le quatrième aborde la méthodologie de la recherche puis cinquième qui inclut l'analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Partie théorique

Chapitre I

Le cadre générale de la problématique

I) La problématique

Le développement d'un enfant est un processus actif comporte plusieurs phases dont la succession est déterminée par des lois communes à tous, ce développement dans ses différents aspects biologique, psychologique, cognitifs et sociaux est marqué par la croissance sensori-moteur, intellectuelle et affectif du jeune enfant dans des conditions de normalité mais dans le cas contraire ou l'enfant peut rencontrer de multiples problèmes qui empêchent le suivi normal de son évolution qui risque de provoquer un retard mental, dans ce cas l'enfant ne dispose pas des mêmes capacités que les autres enfants.

Les déficiences intellectuelles ou arriération mentales ou sont des insuffisances, des aptitudes intellectuelles qu'on s'accorde à rapporter à un arrêt définitif du développement, avant que ces termes ne deviennent des injures, en différenciant les idiots, qui ne peuvent pas apprendre à parler, les imbéciles, qui n'arrivent pas à lire et à écrire, et les débiles (c'est-à-dire les faibles d'esprit), qui n'arrivent pas à maîtriser les quatre opérations de l'arithmétique élémentaire (Djaouida. (P), 2003, p421)

Un enfant retardé mental se définit à la fois par la moindre efficacité de l'enfant relativement aux enfants du même âge chronologique et par l'altération du comportement adaptatif, c'est-à-dire de la capacité à répondre aux normes de son âge telles qu'elles sont définies dans son groupe culturelle, l'approche psychométrique a classé les retards sur un gradient de gravité défini par la mesure du quotient intellectuel (Q.I). (Lehalle.(H) et Millier.(D), 2002, p284).

Plusieurs études ont été faites sur l'étude de l'handicap mental (déficient mental), on trouve les travaux (Inhelder. (B) ,1943) qui a étudié une population d'enfants retardés ou (débiles mentaux) au moyen d'épreuves opératoires piagétienne. « Inhelder, B. (1943). » remarque alors que les enfants retardés effectuent des raisonnements assimilables aux raisonnements « égocentrique »

des jeunes enfants normaux, « Inhelder.(B).1943 » conclut que la débilité pourrait être définie comme une construction opératoire inachevée (Inhelder,(B),1943) ; ainsi Dunst (1990) fait une méta-analyse des recherches conduites sur le développement sensori-moteur , il remarque que les domaines de connaissance (permanence de l'objet, relation moyen-but, causalité, relation spatiales) évoluent plus lentement que chez les enfants normaux mais de manière homogène, il note ensuite que le stade IV(10 mois) est particulièrement difficile à atteindre pour les enfants (Lehalle.(H)&Mllier.(D) ,2002,p286)

« Weisz » et « Zigler »,1979 posent l'hypothèse selon laquelle les déficients et les non déficients passent dans la même ordre, par les mêmes stades du développement cognitif.

La déficience intellectuelle ou retard mental fait partie des troubles du développement cela correspond à un délai plus au moins important dans la construction des capacités mentales, il peut signifier un retard du développement d'intelligence de l'enfant, il renvoie à un handicap global qui va concentrer les déficiences intellectuelles exprimées par l'enfant (Reitman. (D), 2006).

Les enfants déficients mentaux n'ont pas uniquement un retard d'intelligence mais un retard qui touche tous les opérations cognitives, la compréhension, l'attention, la perception et la mémoire et les difficultés dans l'organisation spatio-temporelle qui est la faculté importante des jeunes enfants.

Plusieurs études ont été faites sur l'organisation spatio-temporelles des enfants déficients mentaux, d'après Fraisse. (P), (1967) et Friedman.(W).(J), (1978), la compréhension du temps par l'enfant implique la considération de différentes composantes : la succession, la durée, le cycle. Selon Montangero. (J), (1988), toute représentation précise du temps reposerait sur la distinction des deux aspects principaux du temps qui sont l'ordre de succession temporel et la durée. Leurs trois qualités seraient l'irréversibilité, l'alliance des progressions linéaire et

cyclique et l'horizon temporel. Ce modèle théorique ne repose pas à la connaissance sur des fondements empiriques, mais est fort utile pour une « mise en ordre » des différents éléments constitutifs du temps qui implique sont absence dans la déficience mentale (De Coster. (L), 2004). Dans les séquences des unités du temps conventionnel, nous retrouvons ces cinq composantes fondamentales du temps. En effet, pour connaître et se représenter les jours de la semaine ou les mois de l'année, l'enfant devra prendre en considération un ordre de succession (la suite des jours ou des mois), et des durées (celles de chaque jour de la semaine entière et de chaque mois de l'année). L'ordre de succession des jours et des mois est fixe et les durées s'écoulent dans un sens: c'est la notion d'irréversibilité, Cette irréversibilité donne à la progression des jours et des mois un caractère linéaire, mais cette linéarité s'allie à un aspect cyclique : celui du retour du début de la semaine et de l'année, un jour de la semaine peut être le jour présent, ou un jour passé ou à venir il s'agit de la notion d'horizon temporel. Ces différentes notions vont permettre à l'enfant de réaliser des opérations temporelles telles que l'orientation dans le temps, la localisation et l'ordination temporelle d'événements, l'estimation de durées.

La constitution de l'objet et solidaire de l'organisation du champ spatial, dont les étapes sont rigoureusement identiques, au début, l'espace pratique de l'enfant est constitué d'autant d'espaces pratiques qu'en supposent ses activités. L'espace à vrai dire n'existe pas pour lui pour autant qu'il s'ignore lui même. Il n'est qu'une propriété de l'action. Mais à la fin du stade, l'espace est une propriété des choses ou plutôt le cadre dans lequel se situent tous les déplacements. Le sujet se comprend lui-même dans l'espace et met en relation ses propres déplacements avec l'ensemble des autres. On assiste Donc au passage d'un espace pratique et égocentrique à un espace représenté qui comprend le sujet lui-même.

Au début existent des « groupes » spatiaux hétérogènes, mais au cinquième stade se constitue un groupe objectif qui formera des « groupes » représentatifs au sixième stade. L'organisation de l'espace s'effectue en formant des systèmes organisés ou groupes différents de Staden stade. (Marie Dolle. (J). 2005, p167).

Les enfants qui présentent une déficience mentale souffrent des insuffisances motrices, des difficultés d'attention, de mémoire mais ne signifient pas l'absence totale de l'acquisition de la structuration spatio-temporelle chez certains enfants qui présentent une déficience mentale.

Le problème qui se dégage de cette recherche :

Est-ce que les enfants présentent une déficience mentale ayant de la capacité d'organisation spatio-temporelle ?

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

Les enfants déficients mentaux ayant des capacités de l'organisation spatio-temporelle.

II) L'opérationnalisation des concepts clés :

Au cours de l'histoire en a assisté à plusieurs évolutions, tout fois, il y a beaucoup de divergence conceptuelles et opérationnelle au regard de l'handicap, dont il s'agit de trois dimensions ci-dessus :

- 1) **Déficience** : il s'agit de « la perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle présente toute perturbation, congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure et des fonctions normales, du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte de façon durable la croissance, développement, le fonctionnement du sujet »

- 2) **Le handicap** : il s'agit de désavantage « qui pour un individu donné, 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 ».
- 3) **L'incapacité** : il s'agit de « réduction (résulte d'une déficience) partielle ou total de la capacité d'accomplir une activité donnée de la façon ou dans les conditions considérés comme normales pour être humain ».
- 4) **Déficient** : Sujet qui présente une insuffisance mentale, motrice ou sensorielle.
- 5) **Temps** : organisation temporelle des activités humaines, tenant compte à la fois de la mesure relationnelle du temps, du contenu de celui-ci, de la représentation personnelle de chaque individu s'en fait et de l'existence de rythmes biologique et psychologique.
- 6) **Espace** : Cadre physique, perceptif, représentatif au conceptuel à l'intérieur duquel des objets réel au représentés, mobiles au immobiles, animés au non animés, sont situés et déplacés des relations temporelles.
- 7) **L'organisation spatio-temporelle** : c'est la manière dans lequel un enfant utilise le temps et l'espace dans sa vie quotidienne ou scolaire.

Les objectifs de la recherche et de choix de thème :

Cette recherche a pour objet de :

- 1) approfondir nos connaissances théorique et technique dans le domaine de la psychologie clinique.
- 2) D'acquérir un plus de connaissances de la psychologie de l'enfant et surtout des enfants inadaptes mentaux.

- 3) Elargir notre champ de connaissance des pathologies et des troubles des enfants inadapté mentaux.
- 4) Connaitre les difficultés de l'organisation spatio-temporelle des enfants déficients mentaux.

Chapitre II

La déficience mentale

Préambule

Le terme de la déficience mentale a subi de nombreuses modifications au cours de l'histoire, et sa définition évolue au cours du temps, dans ce chapitre, on va présenter trois définitions de la déficience mentale, son histoire et ses formes les plus connues et les différentes causes ainsi que le développement psychologique des déficients mentaux et les perspectives d'intervention.

I. Définitions :

I.1 la définition de la déficience mentale selon l'organisation mondiale de la santé (L'OMS)

La terminologie, les définitions, les classifications employées dans ce domaine sont source de confusion, non seulement en anglais mais aussi dans d'autres langues, les deux organisations pertinentes, l'association internationale d'études scientifiques de la déficience mentale (AIESDM) et la ligue internationale des associations d'aide aux personnes avec un handicap mental (LSMH), utilisent des termes différents : déficience mentale pour la première et handicap mental pour la deuxième. Avec quelques autres institutions, l'organisation mondiale de la santé préfère le terme de «l'arriération mentale » ou de retard mental.

L'arriération mentale comprend deux composantes essentielles :

1-Un fonctionnement intellectuel nettement inférieur à la moyenne.

2-Une déficience nette de la capacité individuelle à s'adapter à la demande quotidienne de l'environnement social (l'OMS, 1986).

I.2 la première définition de l'association américaine de la déficience mentale (l'AAMD)

L'association américaine de la déficience mentale définit l'arriération mentale comme suit : « un fonctionnement intellectuel situé en dessous de la normale, qui trouve son origine durant la période développementale : le fonctionnement est associé à des troubles de la maturation, de l'apprentissage, et de l'adaptation sociale » (Charles. (J), 1959, in Lambert. (J). (L), 1986, p.14)

L'auteur souligne que le terme « fonctionnement intellectuel situé au dessous de la normale » correspond aux résultats obtenus à un test standard d'intelligence et que la limite définissant l'arriération mentale est placée à une déviation standard en dessous de la moyenne. Cette limite signifie qu'aux tests de Terman ou de Wechsler, tout individu obtenant un QI inférieur à 83 ou 84 est considéré comme arriéré mental s'il présente également des déficits d'adaptation sociale (Jans-Charles, 1959, in Lambert. (J).(L),1986, p14).

Un bon nombre d'individus classés par des tests comme étant des arriérés mentaux présentent de parfaites capacités d'adaptation sociale et ne répondent pas ainsi à un critère d'inadaptation. Ces considérations et le développement rapide des sciences médicales et psychopédagogiques amènent les experts à revoir cette définition. (Lambert. (J). (L), 1986, p 15).

I.3 la seconde définition de l'association américaine de la déficience mentale (l'AAMD)

« L'arriération se réfère à un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne, existant concurremment avec des déficits du comportement adaptatif et se manifestant durant la période développemental » (Crossman. (H.J), 1973, p11)

Le fonctionnement intellectuel, si significativement inférieur se réfère à une performance qui a au moins deux déviations standards en dessous de la moyenne, cela représente respectivement des QI égaux à 67 et 69. On insiste particulièrement sur le fait que le QI à lui seul n'est pas suffisant pour déterminer l'arriération mentale. Le comportement adaptatif est défini par l'efficacité avec laquelle un individu rencontre les normes d'indépendance personnelle et de responsabilités sociales attendues pour son âge et son groupe culturel (Crossman. (H.J), 1973, p15-16).

I.4 le retard mental d'après la classification internationale des maladies (CIM 10)

La classification internationale des maladies et problèmes de la santé connexe (CIM 10) définit le retard mental comme un arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives du langage, de la motricité et des capacités sociales.

I.5 le retard mental d'après le DSM-IV-TR.

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) définit trois critères diagnostics :

- 1) Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne : niveau de QI d'environ 70 ou en-dessous, mesuré par un test de QI passé de façon individuel.
- 2) Déficits concomitants ou altération du fonctionnement adaptatif concernant au moins deux des secteurs d'aptitudes suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mis à profit des ressources de l'environnement, de responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité.

1. Le début doit survenir avant l'âge de 18 ans : Il permet une très grande souplesse pour associer le degré de retard mental à un score donné de QI, en définissant des niveaux de sévérité dont les scores peuvent se recouvrir :

Retard mental léger : niveau de QI de 50-55 à 70 environ.

Retard mental moyen : niveau de QI de 35-40 à 50-55.

Retard mental grave : niveau de QI de 20-25 à 35-40.

Retard mental profond : niveau de QI inférieur à 20-25.

I.6 définition de retard mental de l'association américaine sur le retard mental (l'AAMR), (2002)

En 2002, l'association américaine sur le retard mental (AAMR) propose sa plus récente définition du retard mental dans son manuel. Nous retenons donc cette définition qui est plus largement diffusée et reconnue par la communauté scientifique et qui se présente comme suit ; « le retard mental » est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de « 18 ans ».

Selon cette définition, trois éléments doivent être présents pour établir un diagnostic de retard mental : des limitations significatives du fonctionnement intellectuel associées à des limitations significatives de comportements adaptatifs, limitations qui apparaissent durant la période de développement. Pour vérifier leur présence, l'AAMR fournit les critères opérationnels suivants :

1-une performance a une mesure normalisée du fonctionnement intellectuel qui se situe à deux écarts-types sous la moyenne.il faut prendre en considération l'erreur de mesure de l'instrument utilisé.

2- une performance qui se situe à deux écarts-types sous la moyenne, soit :

a) A l'un des trois types du comportement adaptatif suivant : conceptuel, social et pratique.

b) A un score global mesuré à l'aide d'un instrument normalisé portant sur les habiletés globales mesurées à l'aide d'un instrument normalisé portant sur les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques ;

3- les limitations du fonctionnement intellectuel et adaptatif se manifestent avant l'âge de 18ans.

La démarche évaluative de retard mental s'articule essentiellement autour de ces trois critères L'AAMR formule quatre postulats qu'elle considère essentiels à l'utilisation de sa définition :

1) Les limitations dans le fonctionnement doivent tenir compte des environnements communautaires typiques du groupe d'âge.

2) Une évaluation valide tient compte à la fois de la diversité culturelle et linguistique de la personne ainsi que des différences sur les plans sensori-moteurs, comportementaux et de la communication.

3) Chez une même personne, les faiblesses coexistent souvent avec des forces.

4) La description des limitations est important, notamment pour déterminer le soutien requis. Si la personne présentant un retard mental reçoit un soutien adéquat et personnalisé sur une période soutenue, son fonctionnement devrait s'améliorer. (Crossman. (H.J), 1973, p27)

II)- historique de la déficience mentale

Le concept de déficience n'a pu naître qu'à partir du moment où la notion d'intelligence a été mieux cernée, ce qui relativement récent (Epelbaum et Speranza, 2002). L'homme n'a pas eu besoin de critères véritablement scientifiques pour, très tôt, repérer ceux qui ne disposaient pas de capacités de pensée habituelles. Dans l'antiquité, les mesures concernant les « débilés » sont extrêmes. Ils peuvent être considérés comme les dépositaires du mal et provoquer une répulsion mêlée de peur. Dans certaines cités grecques, la mise à mort est souvent prononcée, dès le moment où le développement de l'enfant s'avère défaillant de façon manifeste.

D'autres civilisations donnent à l'arriéré mental un statut situé « hors du commun » : en Égypte, il peut être considéré comme porteur de pouvoirs divins, et donc protégé, voire divinisé.

Au moyen âge, les arriérés, bien que parfois diabolisés, sont mêlés à la population, cohabitant avec d'autres catégories de déviance : « fous » criminels, possédés. Le roi Philippe le Bel tentera de mieux affronter le problème en nommant un curateur et en proposant que l'enfermement puisse se faire dans des hospices qui commencèrent alors à voir le jour. Aux XVI et XVII siècles, des études commencent à paraître, cherchant à décrire le « caractère » des « idiots » ; on discute des étiologies et on commence à s'intéresser à un éventuel traitement médical et pédagogique. (Kapsambelis. (V), 2012, p880 -881)

Ce n'est qu'à la fin du XVIII et au début du XIX siècle que sont mises en place des recherches scientifiques et pédagogiques obéissant à une certaine méthodologie. Le mouvement de fond est enclenché : il s'agit de démembrer la notion imprécise d'arriéré. On distingue les « fous » (que Pinel libère de leurs chaînes, selon la légende, en instaurant le « traitement moral ») les criminels, que l'on continue à enfermer, et les « idiots », qui représentent encore une

population mal définie (démence sévère, arriération profonde, états stuporeux, etc.). le terme d'idiot, d'idiotie et d'idiotisme acquièrent alors une valeur de terme médical ; ils proviennent des grecs *idios*, *idioties*, signifiant la personne qui est « simple, particulière », sans connaissance ou éducation, « privé » (dans son opposition à « public » Esquirol explique, dans son ouvrage des maladies mentales (1838), que « le mot *idios*, *privatus*, *solutarius*, exprime l'état d'un homme qui, privé de raison, est seul isolé en quelque sorte du reste de la nature ». il distingue :

a) l'idiotie, état originel (avec une notion toujours présente d'organicité), plus ou moins sévère, qui « n'est pas une maladie, c'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées » ; à un degré moindre, on retrouve les imbéciles.

b) la démence, des sujets « riches devenus pauvres », ou les capacités intellectuelles, normales au départ, se dégradent progressivement pour aboutir à un état d'arriération.

Seguin (1846), pionnier dans le domaine, puis Binet et Simon(1907), grâce au développement de la psychologie quantitative, vont différencier les idiots, les imbéciles et les débiles. Au début du XX siècle, avec la mise en place de l'obligation scolaire, l'intérêt se porte sur ceux qui présentent un déficit plus léger « idiots imbéciles » d'autre fois, et Zazzo. (R) (1979) décrit la « débilité légère » : première zone de l'insuffisance mentale, relative aux exigences de la société elle-même variables d'une société à l'autre, d'un âge à l'autre »

La plupart des chercheurs adoptent aujourd'hui une approche multidimensionnelle et développementale. Selon cette approche multifactorielle, des processus génétiques, neurobiologique, psychologiques, familiaux, sociaux et culturels agissent de concert pour déterminer, dans chaque cas particulier, la nature et la sévérité du retard, le comportement et les efforts actifs d'adaptation,

ainsi que l'évolution du handicap tout au long de l'existence. (Kapsambelis. (V), 2012, p880 -881)

III) Les facteurs pathologiques de l'arriération mentale :

III.1 Facteur génétiques :

Il existe différents modes de transmission génétique. Un gène dominant détermine certaines caractéristiques de l'individu, quelle que soit la nature de son homologue apporté lors de la conception. Un parent qui présente un syndrome causé par un gène dominant a une chance sur deux de transmettre ce syndrome à chacun de ses enfants. Une autre forme de transmission génétique s'effectue à partir d'un gène récessif. La plus part des syndromes de l'arriération d'origine génétique appartiennent aux conditions causées par des gènes récessifs (Lambert. (J) . (L) 1986, p.13)

III.1.1 Syndrome du à des aberrations chromosomiques

Lambert distingue les éléments suivants :

1) Syndrome de down (trisomie 21. Ou le Mongolisme)

Il s'agit certainement de la cause de l'arriération mentale modérée sévère, la plus répandue. 10 à 15% des arriérés modérés et sévères présentent cette dernière consistant en chromosome 21 surnuméraire ou trisomie 21. dans 90% des cas, la présence de trois chromosomes 21 est le résultat d'une distribution chromosomique erronée dans la formation du spermatozoïde ou de l'ovule.

2) Syndrome du « cri du chat » : il s'agit d'une délétion partielle du chromosome 5, rare et toujours associé à une arriération sévère ou profonde. Pour les aberrations touchant les chromosomes sexuels, on cite le syndrome de Turner, caractérisé par une petite taille.

3) syndromes dus à des altérations des gènes dominants : très rares, la plus part meurent dans la vie intra-utérine. On cite la sclérose tubéreuse, le syndrome de sturge-weber (Lambert.(J).(L), 1986, p.13)

III.1.2 Syndromes dus à des altérations des gènes récessifs

Syndromes X fragiles : les causes les plus fréquentes des déficiences intellectuelles d'origine génétique sont dues à des mutations portées sur le chromosome sexuel X.les mutations portées sur ce chromosome sont plus faciles à détecter que celle qui se trouve sur d'autre chromosome. Ce type de déficience touche plus fréquemment les garçons que les filles. Sa fréquence est d'environ 10%. (Calier. (M) et Ayoun. (C), 2007).

1) **Trouble métaboliques** : le nombre des troubles métaboliques sont sans cesse croissants. Ces désordre sont caractérisés par une absence partielle ou totale d'enzyme spécifiques nécessaires à la transformation d'acides aminés, les plus connus sont : la phénylcétonurie qui est due à une excrétion anormale d'acide phénylpyravique dans les urines (impossibilité de transformer la phénylalanine en tyrosine), la limite supérieur du QI est de 50.

1.1 La galactosémie : désordre au niveau du métabolisme des glucides

1.2 Le syndrome de Tay- Sachs : il s'agit d'un trouble de métabolisme des lipides.

1.3 Le syndrome de lesch-nyhan : il s'agit d'accumulation d'acide urique dans le sang (la présentation de comportement d'automutilation).

2- l'hypothyroïdisme : le déficit s'installe généralement in utero ou à la naissance et entraîne des troubles de développement cérébral. Un traitement précoce est favorable, à condition que l'hypothyroïdisme ne soit pas complet. Dans ce dernier cas le retard mental est présent.

3- la macrocéphalie : réduction très importante du périmètre crânien, arriération sévère ou profonde (Lambert. (J).(L) 1986 p.42).

III.2 facteurs environnementaux

Lambert (1986) distingue trois catégories : les facteurs prénatals, facteur périnatales et facteurs post-natals

III.2.1 Causes prénatales :

Une série de facteurs opérant durant la vie intra-utérine peuvent avoir des conséquences dramatiques sur le développement d'un enfant. Selon (Lambert. (J).(L), 1986, p 43), on tente de résumer les facteurs les plus répondus :

1.1 La toxoplasmose :

La toxoplasmose est une infection causée par un protozoaire qui, chez l'adulte, n'entraîne pratiquement aucune conséquence. Par contre, le fœtus est sensible à la maladie qui se caractérise par une inflammation de la rétine, une calcification cérébrale, la présence d'hydrocéphale, la micro céphalée d'un accroissement de tonus musculaire.

1.2 La syphilis congénitale : les enfants issus de mères atteintes de syphilis sont atteints d'arriération, cécité, surdité, épilepsie et paralysie.

1.3La rubéole : trouble de l'audition, trouble permanents de la croissance, des lésions osseuses. (Lambert. (J).(L), 1986, p 44)

1.4 L'irradiation : l'exposition massive aux rayons X durant le début de la grossesse et clairement établie comme un facteur responsable de l'arriération.

1.5 L'incompatibilité rhésus : incompatibilité sanguine entre la mère (rhésus négatif) et le fœtus (rhésus positif), résulte de la formation chez la mère d'anticorps. C'est ce qu'on appelle l'iso-immunisation anti-RH. Cette immunité maternelle survient au cours d'une grossesse sur 200 et entraîne chez le fœtus

des lésions des ganglions de la base. Les nouveaux nés présentent une jaunisse importante à la naissance et les survivants une arriération mentale et divers degrés de surdité. (Lambert. (J).(L), 1986, p 44)

1.6 Les drogues : l'absorption des substances chimiques sous la forme de médicament, de produit alimentaires, ainsi que de nombreuse de population sont endémiques dans une société industrielle. (Lambert. (J). (L), 1986, p 45)

III.2.2 Causes périnatales :

Les deux événements principaux que, à la naissance, peuvent être mis en relation avec l'installation d'une arriération mentale sont le traumatisme cérébral du à des causes mécanique et l'anoxie. Le terme traumatisme néo-natal recouvre les effets combinés de l'anoxie et e traumatisme mécanique, qui est du à l'action dévastatrice des moyens d'accouchement (forceps, ventouse). Le risque du traumatisme néonatal est accru chez les enfants prématurés. A cette période également l'utilisation de produit chimique peut entrainer des lésions graves.

L'OMS (1986) mentionne aussi l'importance d'une nutrition saine sur le nouveau né. Plusieurs recherches ont été menées sur une alimentation inadéquate durant la grossesse et la petite enfance. (Lambert. (J).(L), 1986, p 46)

III.2.3 Causes post-natales :

La cause postnatale la plus citée dans la littérature est la méningite tuberculeuse, actuellement assez rare. . (Lambert. (J).(L), 1986, p 46)

IV .Les caractéristiques de la déficience mentale :

IV.1. Caractéristiques cognitives :

La mise en évidence des caractéristiques de développement et de fonctionnement intellectuel prend généralement appui sur l'une ou l'autre des deux comparaisons suivantes (Langevin, et al, 1999) :

-âge mental égal : la personne est comparée à des individus sans déficience intellectuelle de même âge mental.

-âge chronologique égal : la personne est comparée à des individus sans déficience intellectuelle du même âge réel.

IV.2-Caractéristiques affectives

Les manifestations affectives peuvent résulter de l'expérience répétée et durable de l'échec, de la prise de conscience des difficultés ou des réactions de l'entourage familial et scolaire.

L'expérience de l'échec que vivent les personnes ayant une déficience intellectuelle devient un puissant facteur de démotivation et ne contribue certainement pas au développement d'une bonne image de soi, ni au sentiment d'efficacité personnelle. Il sera donc nécessaire d'user de renforcements sociaux pour toute activité éducative ou d'apprentissage (Langevin, et al, 1999).

IV.3 -Caractéristiques motrice :

Selon Zazzo. (R) (1960), l'enfant déficient intellectuellement présente un développement hétéro-chronique, c'est-à-dire qu'il ne se développe pas au même rythme dans les différents domaines de développement.

Dans son étude sur la motricité chez « débilés mentaux » (terme alors employé pour la déficience intellectuelle légère), Stambak. (M) (1968) différencie la « débilité exogène), qui a pour origine des facteurs traumatiques ou infectieux et pour

laquelle une lésion cérébral peut être retrouvée, de la « débilité endogène » qui s'explique par des facteurs héréditaires. Elle rapporte que Heath (1953) a mis en évidence des relations plus étroites entre le niveau intellectuel et l'efficiences motrice chez les sujet présentant une « débilité endogène » pour les « débilites exogènes » les corrélations entre ces deux domaines sont faibles.

Concernant l'étude des « possibilités motrices des débiles » en fonction des facteurs étiologiques, Stambak. (M) (1968) constate en effet qu'avec un niveau intellectuel sensiblement égal, les deux groupes de « débiles endogènes » et « exogènes » présentent des niveaux moteurs très déférents : les possibilités motrices des « débiles exogènes » sont souvent inférieures à celle d'enfants normaux du même âge mental.

V. les conséquences de la déficience mentale

Les personnes atteintes de handicap mental peuvent rencontrer des difficultés :

- pour mémoriser les informations orales et sonores,
- à fixer son attention,
- à apprécier l'importance relative des informations à disposition
- à évaluer l'écoulement du temps,
- à se repérer dans l'espace (difficulté à utiliser les plans ou cartes),
- à mobiliser ou remobiliser son énergie,
- à connaître les règles de communication, et conventions tacites,
- à se remémorer des sensations. ([Http : www.fnair.asso.fr/déficience mentale/édit 84.PDF](http://www.fnair.asso.fr/déficience_mentale/édit_84.PDF)) consulté le (19/03/2015 à 18 : 30).

Cependant ces personnes se présentent également comme :

- des êtres singuliers exprimant leurs émotions, leurs difficultés à leur manière
- des êtres capables d'apprendre,
- des êtres ayant des désirs ou des besoins d'émerger,
- des êtres possédant des capacités qu'ils sollicitent et valorisent.

1. Au niveau de l'exécution du mouvement :

Le geste se réalise trop lentement ou trop rapidement ; il peut être mal orienté, saccadé, heurté. L'action devient inefficace, provoquant un nouveau déséquilibre. Toutefois, certaines personnes handicapées mentales sont à même de comprendre et de réaliser une action telle que la propulsion avec une pagaie croisée. ([Http : www.fnair.asso.fr/déficiencem mentale/édit 84.PDF](http://www.fnair.asso.fr/déficiencem mentale/édit 84.PDF)) consulté le (19/03/2015 à 18 : 30).

2. Au niveau de l'affectivité :

L'affectivité « déborde » chez les personnes handicapées mentales et elle se traduit souvent par un « accrochage » à l'adulte, au moniteur avec une relation très proche : toucher, tutoiement.

Les évènements sont vécus démesurément. Pour certains, une difficulté sera source d'abandon, d'agressivité envers le moniteur ou le bateau. Pour d'autres le danger représenté par une situation difficile sera sous estimé, voire même non estimé : en effet le handicapé mental évalue mal ses capacités. Mis en échec, il pourra refuser de remonter dans le bateau après un dessalage mal accepté.

3. Au niveau de la dimension cognitive :

La personne handicapée mentale appréhende mieux un monde concret, simple, signifiant pour elle. L'espace et le temps sont mieux saisis en relation directe aux préoccupations importantes de sa vie (perspective des repas, des vacances, des fêtes et pourquoi pas de l'activité kayak).

Le nouveau, l'inconnu le surprennent et causent une perturbation. Il est indispensable d'expliquer ce que l'on va faire, ce que l'on va voir. ([Http : www.fnair.asso.fr/déficiencem mentale/édit 84.PDF](http://www.fnair.asso.fr/déficiencem mentale/édit 84.PDF)) consulté le (19/03/2015 à 18:30).

VI) le développement psychologique des enfants déficients mentaux :

VI. 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. Es travaux « Inhelder. (B) ,1943 » montrent que l'évolution intellectuelle des enfants déficients mentaux se fait de façon comparable à celle des enfants normaux, elle ce 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 détermine. La viscosité se caractérise par une réapparition de schèmes antérieurs dans le fonctionnement cognitive actuel du sujet, cette viscosité est illustrés 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 dominée par des oscillations entre les niveaux différents. il faut noter cependant que des progrès lent peuvent être observé encore de nombreuses année après que les acquisitions soient normalement attendue, les déficients profondes fixée aux différentes sous stades de l'intelligence sensori-motrice (de la naissance à deux ans chez l'enfant normale), les déficients moyens ne peuvent dépasser la période préopératoire (de 2 ans à 7ans), les déficients légères restent fixés au stade des opération concrètes (7ans à 11 ans) et ne peuvent accéder au stade ultime des opérations formelles. la perspective piagétienne tient peu compter malgré tous les conditions environnementales dans lesquelles l'enfants se développé et dont on pense actuellement qu'elle participent au moins en participent au moins en partie aux progrès du développement intellectuel. (Guidetti. (M) et Tourette. (T), 2004 p107)

VI.2 Le développement social et le comportement adaptatif :

La notion de comportement adaptatif ou de compétence sociale recouvre en fait des conduites très diverses qui touchent aussi bien des acquis scolaires (apprendre à compter, à lire et à écrire), des conduites exigées par la vie quotidienne (utiliser des moyens de transport, faire la cuisines, 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 ou faire des crises de colère), un autre aspect pris en compte ici qui peut d'ailleurs poser le problème dans l'évaluation, c'est ce lui des relations et de la distinction entre l'aspect cognitive et sociales des conduites. Il est évident que certains aspects du comportement adaptatif 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 présenté dans cette notion de « comportement adaptative ». Certains comportements peuvent être considérés comme déviant dans tel milieu sociale ou telle culture et pas dans tel autre (Guidetti. (M) et Tourette.(T), 2004 p108)

VI.3 Le développement communicatif et linguistique :

Selon RONDEL (1985), dans son 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 normale, l'écart est particulièrement manifeste dès qu'il ya intervention du sens. C'est à dire quand l'émission des phonèmes vient composer les mots de la langue chez 'enfant plus grand, les troubles les plus fréquents sont des difficultés articulatoires et le bégaiement. (Guidetti. (M) et Tourette. (T), 2004 p110)

L'étiologie de ces problèmes du langage n'est pas évident, 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 un à un rôle important, en effet à l'âge mental égale, les différences entre sujets déficients mentaux et normaux s'atténuent voire même disparaissent, « RONDAL » propose plusieurs hypothèses pour expliquer ce retard : soit un déficit dans la saisie et la rétention des réactions entre les mots et leurs référents (personnes , événement ...) soit encore un retard dans le développement de la représentation. . (Guidetti. (M) et Tourette. (T), 2004 p110)

Dès que la communication se complexifie (emploi de négation ,de subordonnée ou de formes passées ou futures) , la compréhension verbale peut devenir problématique ,il peut donc y avoir inadéquation des réactions d'un sujet déficient mentale 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 a bien sûr un impacte indispensable dans la saisie des informations en provenance de l'environnement extérieur, c'est une des clés de l'intégration sociale. Un sujet déficient mentale ne disposant pas de répertoire comportementale permettant d'intégrer les données du milieu offrira en retour peu d'occasions pour ses 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 inférieure quand il s'agit d'enfants déficients mentaux. (Guidetti. (M) et Tourette. (T), 2004 p110)

VI.4 Le développement moteur et praxique

On constate une grande hétérogénéité des résultats en fonctions de la tâche proposée, « Zazzo »(1979) a évoqué la notion d'hétérochronie, la déficience ne pouvant être assimilée à un simple retard de développement,(comme par

exemple dans l'épreuve de 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 à un caractère rigide et entraîne une incapacité à s'adapter rapidement à une tâche inhabituelle (par exemple écrire avec la main non dominant), plus la tâche à réaliser est complexe, plus les différences sont importantes entre enfants normaux et déficient intellectuels qui sont souvent maladroits (Guidetti. (M) et Tourette. (T), 2004, p 112).

VII)-La classification de la déficience mentale:

VII.1 La déficience mentale légère :

Les enfants qui présentent une déficience mentale légère obtiennent aux tests de niveau un QI entre 50 et 70, Pour l'organisation mondiale de la santé, le retard mental léger nécessite un QI entre 50 et 69 et l'âge mental du patient est dans le meilleur des cas « de 9 ans à moins de 12 ans » pour le DSM IV, le retard mental léger ne définit par un QI de 50.55 à 70. (Djaouida. (P), 2003, p426)

VII.2 La déficience mentale moyenne :

Elle se définit par un QI compris entre 35 et 55. Pour la CIM-10, et pour le DSM IV le QI est de 35-40 à 50-55, les arrières moyens atteignent un âge mental compris entre 06 ans et moins de 9 ans. (Djaouida. (P), 2003, p427)

VII.3 La déficience mentale grave :

Elle se définit par un QI compris entre 20 et 34 pour la CIM-10 et un âge de développement maximum de 3 ans à moins de 6 ans, pour le DSM-IV, Le niveau de QI est 20-25 à 35-40, L'âge mental est théoriquement de l'ordre de 3 à 4 ans, ces enfants ne peuvent pas être scolarisée et sont généralement

placé dans des internats spécialisé, il peuvent acquérir des habitudes élémentaires de propreté, d'hygiène et d'ordre. (Djaouida. (P), 2003, p428)

VII.4 La déficience mentale profonde :

C'est le degré déficience le plus grave , défini théoriquement par un QI inférieur à 20 au 25 pour les deux systèmes de classifications, 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 3 ans au cours de la première enfance, ces enfants présentent un retard psychomoteur évidant et un retard massif au niveau de l'acquisition du langage. (Djaouida. (P), 2003, p.430)

VIII) Les prescriptives d'intervention dans la déficience mentale :

Bien que la déficience mentale ne se traite pas, qu'elle soit constitutionnelle et de ce fait incontournable, on se doit de déployer tous les efforts pour faciliter la vie à ces enfants et des personnes qui s'en occupent, en leur offrant par ailleurs des services et des soins adaptés en augmentant leurs chances d'optimiser leur intellect et adaptation de manière à les rendre plus autonomes. (Lussier. (F) et Flessas. (J), 2001, p376)

VIII.1 Nécessité d'intervention précoce :

Le diagnostic de la déficience posé n'est pas toujours faible surtout parmi les enfants qui présentent une déficience moyenne ou légère, indépendamment du fait que les diagnostics aient pu être mal posés en raison de la difficulté à obtenir la collaboration de petits enfants dans un contexte d'évaluation objective, on peut aussi présumer que les interventions auront été précoces, meilleurs auront été le résultats, Quelques autres tentent de s'implanter et reposent sur une participation active et intensive de la part des parents. (Lussier. (F) et Flessas.(J), 2001, p376).

VIII.2 Orientation scolaires :

le choix de l'orientation scolaire en classe régulière ou en classe spéciale n'est pas simple, il peut dépendre des facteurs environnementaux et même humains, en générale, dans les milieux ruraux, la prise en charge par l'école régulière est inventable, mais on doit y associer un accompagnateur ou un éducateur spécialisé qui permettra autant que possible de faciliter l'insertion de l'enfant aussi bien dans les activités pédagogiques que scolaires. (Lussier. (F) et Flessas. (J), 2001, p377).

L'évaluation neuropsychologique des comportements adaptatifs contribue largement à la décision d'une orientation favorisant au mieux le développement de l'enfant déficient. Cependant, il faudra aussi tenir compte de la personnalité de l'enfant. En effet, l'orientation d'un enfant dans une classe régulière avec un accompagnateur peut être tout à fait pertinente, alors qu'il sera préférable d'orienter un autre enfant, ayant pourtant le même quotient dans une classe spéciale pour lui permettre de profiter d'un enseignement plus personnalisé. Le choix de milieu scolaire dépendra souvent à la fois des ressources du milieu et des caractéristiques tant cognitives que comportementales de l'enfant (Lussier.(F) et Flessas.(J), 2001, p377).

Parfois, les troubles du comportement, qui apparaissent progressivement deviennent une source d'information précieuse pour orienter l'enfant. En effet, l'enfant dont le rythme d'apprentissage n'est pas respecté peut rapidement développer des troubles d'adaptation scolaire, se reflétant par la suite dans son milieu familial, des comportements de retrait peuvent être le signe d'une estime de soi de plus en plus stigmatisée par le poids des échecs répétés (Lussier. (F) et Flessas.(J), 2001, p377).

VIII.3 les interventions pédagogiques :

Quel que soit le syndrome qui affecte l'enfant déficient, ce dernier évolue généralement de façon positive tout au cours de l'enfance et de l'adolescence, même si son rythme le rend différent de ses pairs de même âge chronologique. Cependant, comme ces derniers, il sera confronté à des apprentissages qui lui demanderont des efforts et qui nécessiteront de la part des intervenants une pédagogie adaptée, tenant compte de ses limites comme de ses capacités cognitives. Qu'il soit intégré dans une classe spéciale, des interventions pédagogiques appropriées devront donc être appliquées, l'apprentissage par cœur est généralement plus facile et même source de plaisir, les tâches répétitives peuvent également apporter une grande satisfaction à l'enfant qui apprend à maîtriser de mieux en mieux son environnement. Quelque fois, l'enfant comprendra ultérieurement une tâche qu'il aura d'abord apprise à maîtriser mécaniquement. (Lussier.(F) et Flessas.(J), 2001, p378).

VIII.4 quelques mesures thérapeutiques :

Différents mesures thérapeutiques sont applicables à la déficience mentale, chaque enfant doit évidemment être évalué individuellement et bénéficier d'un traitement adapté à son cas, en voici quelques-unes :

VIII.4.1) la consultation familiale ou individuelle :

Les parents peuvent recevoir des informations sur la déficience, des conseils pour développer des attitudes face aux comportements de leur enfant et une psychothérapie permettant d'aborder les différents sentiments avec lesquels ils peuvent être aux prises (culpabilité, dépression...). (Lussier.(F)&Flessas.(J), 2001, p379)

VIII.4.2) placement institutionnel :

Cette solution peut être envisagée si le maintien de l'enfant dans la famille ou les structures scolaires courantes est difficile ou impossible en raison de la gravité du déficit intellectuel, des complications associées à la déficience des problèmes de comportement, du manque de ressources ou de l'impact affectif qui désorganise les membres de la famille, cette mesure est d'autant plus souhaitable si la fratrie en souffre parce que le maintien de l'enfant déficient dans sa famille mobilise toute l'énergie des parents. Cependant, le placement ne devrait être envisagé que si les autres solutions se sont avérées vaines. (Lussier. (F) et Flessas. (J), 2001, p.379)

VIII.4.3) pharmacothérapie :

Elle peut être utilisée pour atténuer les symptômes associés telles que l'hyperactivité, les convulsions épileptiformes ou une forte anxiété. Le recours à la médication peut aider à contrôler le comportement, facilitant la relation avec l'enfant ainsi que la rééducation. . (Lussier. (F) et Flessas. (J), 2001, p379).

Enfin, quelques recommandations pour l'intégration d'enfants déficients intellectuellement :

- 1- promouvoir la stabilité de ces enfants (éviter les changements fréquents d'écoles), car la stabilité est associée à l'amélioration de l'apprentissage, à une affiliation émotive et une réduction du stress.
- 2- Présenter l'information de plusieurs façons différentes, afin de créer une redondance adéquate, favorisant ainsi l'assimilation.
- 3- Aborder l'apprentissage d'habileté dans leur contexte (par exemple aller à l'épicerie du coin).
- 4- Informer les parents de l'existence d'association qui offrent des services aux personnes déficients mentaux et souvent à leur famille (Lussier. (F) et Flessas.(J), 2001, p379).

Le résumé de chapitre

La Déficience mentale est une altération à durée définitive dépendante d'une ou de plusieurs fonctions importantes. Elle a quatre degrés, les plus connus, la déficience mentale légère, moyenne, grave et profonde qui sont dues à des causes génétiques ou environnementales et parfois sociales. Les déficients mentaux ont des problèmes cognitifs, communicatifs, et adaptatifs et pour cela, il nécessite une intervention pour faciliter la vie de ces personnes et les rendre plus autonomes.

Chapitre III

L'organisation spatio-temporelle

Préambule :

L'enfant est un être psychomoteur, son développement spatio-temporelle fait partie des notions qui ont considérées comme des catégories fondamentales de la connaissance qui organisent le réel tels que l'objet, le nombre, l'espace ou la causalité. Il apparaît donc dans le développement précoce de ces notions sont liées de près à la motricité et à la perception, qui sont elles mêmes dépendantes de la maturité du système nerveux central.

I. La structuration de l'espace :

I.1 définition de l'espace :

C'est la capacité de se situer, de s'organiser, de se déplacer dans son environnement, la capacité de situer, d'orienter, de déplacer ou de concevoir les choses du monde proche et lointain. (De Meur. (A) et Staes. (L), 1985, p13)

La notion d'espace s'acquiert à partir des diverses perceptions qui nous font appréhender notre corps et le monde extérieur.

Les informations visuelles, auditives, tactiles, proprioceptive, vestibulaires nous aide à percevoir et a construire l'espace en nous faisant prendre conscience, dans la situation, de l'orientation, des déplacements de notre corps dans l'espace environnant du rapprochement ou de l'éloignement, du mouvement des objets et des personnes. (De Meur. (A) et Staes. (L), 1985, p13)

I.2) La structuration spatiale :

Quand on parle de la structuration spatiale il s'agit de :

1) La prise de conscience de la situation de son propre corps dans un Environnement. C'est-à-dire de la place et de l'orientation qu'il peut avoir par apport aux personnes et aux choses :

2) La prise de conscience de la situation des choses entre elles.

3) La possibilité pour le sujet de s'organiser face au monde qui l'entoure, d'organiser les choses entre elles, de les placer, de les faire bouger

A tout moment, l'enfant et donne un espace bien précise ou il lui est demande :

a) De se situe (il est assis sur une chaise, devant une table, etc.) (De Meur. (A) et Staes. (L), 1985, p13)

b) De situe les objets entre eux (le pot de peinture est accoté de sa feuille, le pinceau Tromp dans le pot de peinture, etc.) (De Meur. (A) et Staes. (L), 1985, p13)

De s'organise en fonction de l'espace dont il dispose (spontanément, l'enfant dessine un soleil dans le coin en haut de la feuille, une maison au milieu de celle-ci et un arbre à droite de la maison. (De Meur. (A) et Staes. (L), 1985, p13)

La structuration spatiale fait donc partie intégrant de notre vie : il est d'ailleurs malaise de dissocier les trois éléments fondamentaux de la psychomotricité : corps-espace-temps et si nous opérons malgré tout cette dissociation, nous nous limitons à un aspect bien précis et restreint de la réalité.

La clarté nous oblige cependant à traiter ces aspect séparément, mais il est évident que notre approche de l'enfant doit toujours tenir compte de l'ensemble, ainsi lorsque nous volent lui faire acquérir une notion spatiale.

Nous ne pouvons négliger ses possibilités et connaissance corporelle, son émotivité (en présence de l'éducateur et des autres enfants), le temps dont il dispose, son rythme propre.). (De Meur. (A) et Staes. (L), 1985, p14)

Son évolution se fait en quatre temps correspondant à quatre paliers dans l'apprentissage de l'espace :

1) **Espace subi** : l'enfant subi les déplacements que l'entourage lui impose.

- 2) **Espace vécu** (2-3ans) : l'enfant se déplace et manipule. Il commence à s'adapter de façon intuitive aux distances et à l'environnement (pour ne pas ce cogner, pour tourner en trotteur)

- 3) **Espace perçu** (à partir de 3ans) : l'enfant vit d'abord l'espace d'une manière égocentrique (par apport à lui même). Il va trouver du plaisir à expérimenter diverses sensations spatiales (lancer, sauter, grimper...) il va comparer ses expériences spatiales et il pourra par exemple se rendre compte que pour lancer plus loin, il faut le faire avec plus de force. Espace perçu jusqu'à 7 ans l'enfant établit des rapports d'ordre topologique. Il percevra les notions : de voisinage (prés, loin, contre), des séparations (il triera des formes), d'ordre (il alignera des objets), d'entourage ou d'enveloppement (dedans, sous, entre.) (Steas. (L) & le Lièvre. (B), 1985, p. 08)

- 4) **Espace connu** : jusque 7ans, l'enfant va mémoriser et verbaliser des situations et des orientations spatiales (ver 6ans, il connu les termes « gauche – droit », il est aussi capable d'organiser son espace en fonctions de ses besoins, mais ceci se limite toujours à l'espace topologique, ce n'est qu'après 7 ans que l'enfant accède a l'espace représentatif. Il sera capable de perspective, de décentrer sa perception de l'espace, c'est-à-dire de ne plus voir l'espace uniquement par apport à lui-même (il peut considérer l'espace du point de vue d'une autre personne) : c'est le stade des rapports projectif (distingue le coté droit et la gauche d'autrui). (Steas. (L) & le Lièvre. (B), 1985, p. 08)

I.3) Quelques repères concernant les acquisitions spatiales chez l'enfant :

4ans : triage de forme, de grandeurs, jeux d'encastrement, orientation correcte des objets.

5ans : discrimination visuelle des orientations, dessin des obliques d'après modèle.

6ans : notion « gauche-droit » sur lui.

7ans : notion « gauche-droit » sur une autre personne place dans la même orientation que lui (devant, à cote, derrière).

8-9ans : premières notions de perspective « gauche-droit » en réversibilité (face à face) et sur n'importe quel dans n'importe quelle orientation. (Steas. (L) & le Lièvre. (B), 1985, p9)

II.1. L'évolution de l'espace chez l'enfant

Les acquis sensori-moteurs ont du être reconstruits sur le plan représentatif pendant la période préopératoire. L'espace s'élabore en trois étapes : topologique. Projectif puis euclidien.

L'enfant Vers 7-8 ans apparaissent les premières opérations topologiques relatives à la connaissance des lieux. (à partir des relations de proximité. de voisinage et d'ordre). Ces propriétés deviennent invariantes : nous avons vu que l'ordre. Conçu comme la succession ordonnée d'éléments, devient invariant grâce à la réversibilité des relations. On peut montrer à un enfant une droite constituée de plusieurs segments de longueur inégale. Repérée par exemple par des couleurs, dont on lui demande d'anticiper les positions après une rotation 180°. (Marie dolle. (J), 1999, p 173)

A la période préopératoire, l'enfant ne peut faire cette anticipation (car il faudrait l'imagination d'un déplacement) puis, au stade opératoire, il n'anticipe correctement de la droite : l'ordre se conserve au cours de transformations. Par contre l'enfant ne respecte pas l'inégalité des longueurs des segments. Car pour lui les distances ne se conservent pas encore. (Marie dolle. (J), 1999, p 167)

La construction de l'espace projectif peut se voir dans la façon dont l'enfant procède pour construire une droite avec des petits plots entre deux repères qu'on lui donne, pour la droite soit droite, il faut qu'il emploie la technique de la visée (projective), Et qu'il fasse abstraction du cadre (circulaire ou carré sur lequel il doit construire cette droite), qui peut lui rendre la tâche plus ou moins facile. Il y arrivera au stade opératoire. Dans l'espace projectif, à la cour d'un déplacement. Les droites se conservent ainsi que les angles et les parallèles, mais pas les distances, l'épreuve piagétienne la plus connue pour étudier l'espace projectif est celle des trois montagnes ou l'enfant, placé devant une maquette représentant trois montagnes différentes, doit donner le point de vue d'un personnage en déplacement dans le paysage, sans bouger de sa propre place. Pendant la période préopératoire, l'enfant ne peut dissocier le point de vue du personnage du sien propre, à une cause de l'égoïsme de sa pensée, puis, par décentration au début du stade opératoire concret, il admet un point de vue différent du sien, mais a de mal à coordonner les différentes relations entre les éléments du paysage, et enfin vers 9-10 ans il arrive à avoir l'ensemble des différents points de vue, ou cours de cette période se construit le système de référence vertical / horizontal. (Marie dolle. (J), 1999, p 174)

Dans l'espace euclidien (à trois dimensions), tout se conserve, même les distances, la perspective apparaît, la conservation des volumes et des surfaces est possible.

Ce n'est qu'à ce moment qu'une métrique est possible. On peut voir différentes étapes dans la construction de la mesure de la mesure spatiale, dans

une situation où l'enfant doit construire une tour avec des éléments de hauteur, qui soit de la même hauteur que celle de l'expérimentateur, mais placée sur une table éprouve la nécessité d'un moyen terme pour comparer les hauteurs (son corps, puis quelque chose plus objectif, comme une ficelle), enfin vers 9-10, lui vient l'idée de l'unité des mesures, dont on voit qu'elle est issue de la classification (tous les éléments mesurés appartiennent au même ensemble dans lequel ils sont inclus) et de la sériation : il faut reporter la mesure de façon ordonnée pour ne pas mesurer la même segment deux fois de suite.

La mesure spatiale, qui relève du domaine infralogique, est donc résultante des Opérations (de l'ensemble à mesurer) et de déplacements (de l'unité de mesure), de la même façon que dans le domaine logique, le nombre résulte de la classification et de la sériation. (Marie Dolle. (J), 1999, p 174)

II).2. Compréhension des relations spatiales :

Cette étape-ci diffère par les trois étapes précédentes. En effet, il se base uniquement sur le raisonnement à partir des situations spatiales bien précises.

L'enfant va devoir percevoir la relation qui existe entre divers éléments qui lui sont présentés. Par exemple : lors d'un exercice de progression de grandeur de différentes formes, il doit imaginer les éléments manquants pour que la progression soit harmonieuse et complète. Pour y réussir, l'enfant doit d'abord comprendre que « ce qui est le même », c'est le rond, « ce qui change », c'est la grandeur, donc qu'il manque un rond de telle grandeur. (Marie Dolle. (J), 1999, p 175)

III)-Trouble de la structuration spatiale chez l'enfant :

III.1 Causes de trouble de la structuration spatiale :

- 1) mauvaise intégration du schéma corporel.
- 2) trouble de latéralité.

3) manque de manipulation : on empêche l'enfant de créer du désordre et par conséquent, il ne manipule qu'un matériel restreint : on fait à sa place ce qui est difficile.

III.1.1 Les causes psychologiques :

L'enfant est arrêté dans ces expériences : il ne peut pas occuper l'espace dont il a besoin (par exemple : pour monter son train électrique).

- 1) Il distingue mal le rêve et la réalité. Par exemple : il associe la fée qui monte dans le ciel avec le parachutiste qui en descend ; il imagine des tas de chose à partir d'un dessin, d'une maison etc. (DE Meur. (A) & Staes. (L), 1985, p35)
- 2) Son raisonnement est instable : ce qui monte peut très bien descendre. Ce qui est à gauche peut être transposé à droite. C'est sans importance pour lui. (De Meur. (A) & Staes. (L), 1985, p35)

III.1.2 Les Symptômes de trouble de la structuration spatiale chez l'enfant qui présente une déficience mentale :

1) L'enfant ignore les termes spatiaux :

L'instituteur demande à l'enfant de déposer son cartable à côté de l'armoire :

L'enfant la place devant celle-ci.

Dans un jeu collectif, on lui demande de se placer entre Monique et Gérard :

L'enfant se retourne. Regarde ses compagnons, ne trouve pas sa place.

Conséquences de symptôme :

-L'enfant ne participe pas réellement aux jeux de son âge : Il doit, en effet, avoir toujours un exemple pour pouvoir l'imiter.

-il trouve difficilement ses affaires car sa notion de l'emplacement n'est pas nette.

-difficultés pour établir une progression (de grandeur)

-difficultés dans la discrimination visuelle.

-incapacité de s'orienter. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p40)

2) L'enfant perçoit bien l'espace qui l'entoure mais s'oriente difficilement :

- On combine ici plusieurs éléments (exemple : l'enfant à partir de 5ans doit pouvoir se placer derrière le tableau et se tourner vers la droite)

- l'enfant est incapable de s'orienter dans les jeux collectifs ou l'on forme équipe. Par exemple : les jeux du chat et de la souris.

- quand ses points de repère changent, il ne s'y retrouve plus (exemple : les enfants en cercle doivent faire un pas en avant et un pas vers la droite). (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p37)

a) Conséquences de symptôme :

1) Cet enfant est souvent désorienté quand un compagnon le poursuit : il court droit devant lui, s'il tourne, il ne sait plus où se trouve son poursuivant.

2) Il ne trouve pas sa place dans un rang si celui-ci est placé dans un endroit inhabituel.

3) l'enfant n'est jamais sûr de lui, il craint les nouveautés, les grands espaces

4) il réussit très bien les exercices de discrimination visuelle dont un seul élément varie .mais des jeux analogues au « jeu de cartes ».

Même s'il a un bon sens graphique, il sera incapable de retrouver la place ordinaire.de comprendre un plan à double entrée.

5) les exercices d'organisation spatiale sont très difficiles pour lui.

b) Au point de vue scolaire :

- 1) l'enfant apprend à lire correctement mais, brusquement, il ne sait plus à quelle il doit continuer sa lecture.
- 2) les calculs linéaires verticalement ou horizontalement seront bien acquis, mais l'enfant aura de la peine à comprendre les reports.
- 3) il est désarçonné si, dans une série d'addition, il trouve des soustractions. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p37)

3) L'enfant s'oriente bien mais n'a pas de mémoire spatiale :

- 1- À l'école, l'enfant est capable de recopier une phrase sans faute, mais il est fort démuné lors des dictées.
- 2- Bien qu'il nait aucun défaut de perception, ni dans le sens haut-bas, ni dans le sens gauche-droite, l'enfant ne sais jamais avec certitude distinguer le b du d : il a simplement oublié à quoi correspond le symbole.
- 3- En calcul, ses confusions sont semblable à celle décrite plus haut : il ne sait pas dans quel sens il doit aller, il à oublié que le signe « + » veut dire « on ajoute ».
- 4- A la maison, il oublie toujours de quel coté de la porte se trouve l'interrupteur. (DE Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p38)

4) l'enfant n'a pas d'organisation spatiale :

- 1- L'ors qu'il se déplace, l'enfant heurte ses compagnons, ne sait pas s'il va passer à gauche au à droite du pilier.
- 2- Manque d'ordre dans sa chambre et, dans son cartable, il ne trouve pas le moyen de faire entrer tous ces livres.
- 3- Dans ces dessins, les premiers sujets dessinés prennent toute la place, les suivants seront- d'une taille de plus en plus réduit « faut de place ».

- 4- Il lui faudra plus de temps qu'un autre pour acquérir la notion d'oblique, ce qui provoquera des retards lors de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.
- 5- En analyse, il ne pourra pas placer ses flèches convenablement.
- 6- En calcul, il ne dispose pas ses chiffres suivant des rangées bien droite et il mélange très vite les chiffres. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p38)

5) L'enfant n'acquiert pas la réversibilité et la transposition :

- 1- Réversibilité et transposition n'étant à considérer qu'à partir de 6 ans, il n'y a d'anormalité qu'à partir de 8 ans.
- 2- la difficulté provient d'un problème de latéralité et de perception gauche-droite.
- 3- la notion de réversibilité permet peu à peu aux enfants de comprendre une égalité.
- 4- l'enfant n'est pas capable de transposer : de s'assurer de la connaissance des notions d'orientation spatiale. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p39)

6) Difficultés à comprendre des relations spatiales :

- 1) Un enfant qui ne perçoit pas le lien entre plusieurs choses qui lui sont présentées éprouvera la même difficulté à l'école et dans la vie, il ne verra aucun lien entre la conjugaison apprise hier et la transposition d'une phrase qu'il apprend aujourd'hui.
- 2) Plus tard il synthétisera difficilement ces cours. (DE Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p 40)

IV) La structuration temporelle :

I.1) Définition :

La structuration temporelle est la capacité de se situer en fonction de :

- 1) la succession des événements : avant, après, pendant
- 2) De la durée des intervalles :
 - Notion de temps long, de temps court (une heure, une minute)
 - Notion de rythme régulier, de cadence irrégulier (accélération, freinage)
 - Notion de cadence rapide, de cadence lente (différence entre course et marche)
- 3) Du renouvellement cyclique de certaines période : les jours de la semaine, les mois, les saisons.
- 4) Du caractère irréversible du temps.
- 5) Les notions temporelles sont des notions très abstraites, bien difficiles à faire acquérir, parfois, à nos enfants. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p15)
- 6) L'enfant vit dans le temps : il trouve que tel jeu a passé vite, alors qu'une attente ou une sieste a duré fort longtemps. (DE Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p15)
- 7) L'enfant vit aussi une suite d'activité, mais il doit atteindre les quatre ou cinq ans pour les replacer suivant l'ordre « avant-après ». on le perçoit très nettement dans la façon dont l'enfant très jeune raconte une histoire : il mêle les événements. Ce n'est que peu à peu qu'il arrive à les structurer suivant l'ordre chronologique. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p15)

I.2) les types du temps :

- a) -le temps subjectif, c'est ce lui que crée notre propre impression ; il varie selon Les individus et l'activité du moment.

b) -le temps objectif : c'est le temps mathématique, toujours identique ; une heure dure toujours soixante minute.

Nous essayerons de développer chez l'enfant la notion de temps objectif a partir de point de référence, tels que :

-les heurs des repas

-Les jours d'activités spéciales.

Pouvoir s'orienter dans le temps est important dans la vie quotidienne car la plupart de nos activités sont réglées par le temps objectif : on entre a l'école a 9 heures ; la récréation commence a 10 heures on déjeune a midi, etc.

Quand l'enfant aura acquis quelque notion de durée et de vitesse, il pourra s'organiser. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p15)

Exemple :

S'il tard à se lever ou se montre trop lent pour sa toilette, il n'aura plus le temps de prendre son petit déjeuner avant d'aller à l'école :

S'il bavarde en classe pendant que les autres accomplissent une tache, il n'aura pas terminé la sienne et il devra l'achever pendant la récréation.

L'enfant pourra aussi disposé de plus de temps pour ses loisirs s'il réfléchit à l'ordre dans lequel ses activités doivent s'accomplir.

V) les étapes de l'orientation temporelle :

Il s'agit, pour l'enfant de percevoir et mémoriser : ce qui ce passe avant, après, maintenant.

Dans quel ordre les gestes ont été faits : « tu d'abord pris la bouteille, puis le crayon et enfin le papier » ; ce qui a été fait en premier lieu, en dernier lieu.

Il doit aussi pouvoir classer des images suivant par un ordre logique ou Chronologique. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p16)

V.1 Durée des intervalles

L'enfant va devoir percevoir ce qui va vite, ce qui dure longtemps, les notions de temps écoulé, la différence entre une heure et une journée, etc.

Renouvellement cyclique de certaines périodes : C'est-à-dire les jours (matin, midi, soir), les semaines, les saisons, auxquels on associe certaines activités ou un matériel ; exemple : une lampe associée au soir, la natation associée au mercredi, une écharpe associée à l'hiver.

V.2 Rythme

Le rythme comprend la notion d'ordre, de durée, d'alternance ; c'est pourquoi nous en faisons une étape à part entière.

Nous commencerons par aider l'enfant à s'exprimer suivant son rythme spontané lors de l'exercice de déplacements libres sur un air de musique, graduellement, nous l'amènerons à suivre le rythme donné avec plus de précision : suivre une marche militaire, reproduire des structures en frappant des mains, des pieds. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p17)

VI) -La construction du temps chez l'enfant :

Les quatre catégories de l'objet, de l'espace, de la causalité et de temps sont solidaires ; leur élaboration s'effectue en même temps et en interaction, seules les exigences de la recherche et de l'exposé didactique les séparent. Cette solidarité et cette interaction sont plus sensible peut-être pour le temps que pour les autres, il donc difficile de rechercher à constituer les séries temporelle que l'enfant construit pour autant que la « conscience » qu'il en prend ne s'extériorise pas en comportements observables, comme pour l'espace ou l'objet par exemple, Mais si les autres catégories présentent un aspect temporel,

c'est en les observant qu'il conviendra de dégager ce qui relève de temps lui-même. (Marie Dolle. (J), 1999, p134)

Stade I et II : Le temps propre et les séries pratiques

Il n'est pas possible d'analyser directement des formes primitives. Mais l'examen des conduites dans leur durée permet de dire « qu'il n'y a point encore la notion du temps s'appliquant aux phénomènes extérieurs, ni le champ temporel englobant le déroulement des événements en eux-mêmes et indépendamment de l'action propre ». Le temps est donc au commencement simple durée sentie au cours de l'action propre. En ce sens elle se confond avec les impressions d'attente et d'effort à mesure sans distinction entre l'avant et l'après. Le temps est donc simple durée. « Simple sentiment d'un déroulement et de directions successives immanentes aux états de conscience ». (Marie Dolle. (J), 1999, p134)

Stade III : Les séries subjectives

Le temps grâce à la préhension des objets visuels, commence à s'appliquer à la suite des phénomènes dans la mesure où cette suite est l'effet de l'intervention de l'enfant lui-même. Le temps des choses n'est donc que l'application à celle-ci du temps propre. L'enfant « sait percevoir une succession d'événements lorsqu'il a lui-même engendré cette succession, ou lorsque « l'avant » et « l'après » sont relatifs à sa propre activité, mais il suffit que les phénomènes perçus se succèdent indépendamment de lui pour qu'il néglige l'ordre de déroulement ». (Marie Dolle.(J), 1999, p135)

Stade IV : Début de l'objectivation du temps

Au cours de cette période, le temps commence à s'appliquer aux événements indépendants du sujet à se constituer des séries objectives. La recherche de l'objet disparu atteste de cette attitude consistant à considérer les événements

dont le déroulement échappe à l'activité propre et qui se produisent selon une durée qui leur appartient. En ce Mais, ainsi que nous la savons, en ce stade de transition, l'efficacité de l'action est encore empreinte des caractéristiques de l'action propre. (Marie Dolle.(J), 1999, p135)

Stade V : les séries objectives

« Le temps déborde définitivement la durée inhérent à l'activité propre pour s'appliquer aux choses elles-mêmes et constituer le liens continu et systématique qui unit les uns et les autres les événements du monde extérieur. En d'autre termes le temps cesse d'être simplement le schème nécessaire de toute action reliant le sujet à l'objet pour devenir le milieu général englobant le sujet lui-même ». (Marie Dolle.(J), 1999, p135)

Stade VI : les séries représentatives

Grace à l'évocation des objets ou des situations absentes, les rapports d'avant et d'après se constituent. Par conséquent l'enfant est apte à les situer dans un temps représentatif englobe et lui-même et le monde avec les limitations propres à cette représentation naissante. (Marie Dolle.(J), 1999, p136)

VII) L'enfant et le temps

Dans notre société, le temps a pris une place importante : montres, horloges et agendas font partie de notre vie quotidienne. Le temps paraît très précieux puisqu'il est organisé linéairement, comme l'argent, il se compte et s'économise. L'environnement professionnel et scolaire réveille les préoccupations temporelles et nous impose des contraintes telles que les horaires chargés, les journées minutées, les échéances à respecter, la course après le temps... Dans notre culture, l'enfant grandit et évolue dans un univers où le temps occupe une place primordiale. Il vit dans un milieu où de nombreux indicateurs du temps sont présents, il entend différentes expressions langagières sur le temps, il doit apprendre à interpréter les systèmes symboliques et

complexes de la durée et de la chronologie et y adapter son comportement. (Blanchot,(M), 1997, p. 217.)

Or, alors qu'il s'agit d'une acquisition lente et progressive, notre conscience du temps est s'intériorisée que nous avons tendance à oublier cet apprentissage du temps chez l'enfant. Nous perdons souvent de vue qu'il n'a pas les mêmes représentations et conceptions temporelles que l'adulte. Il semble même tacitement admis que la compréhension et l'intégration des notions temporelles sont acquises par tous au sortir de l'enfance. Elles ne sont donc pratiquement pas sujettes à interrogation au sein du milieu scolaire. Il est également frappant de constater que le temps n'a pas donné lieu à autant de recherches que les autres aspects ou catégories de la connaissance tels que le nombre, l'espace, l'objet, la causalité. (Blanchot.(M), 1997, p. 217.)

Cependant, dans la vie scolaire, des incompréhensions temporelles existent et elles peuvent être associées à des dysfonctionnements

Pour réaliser l'activité proposée et pour réussir un exercice, l'enfant doit avoir compris les consignes. Ces consignes font fréquemment appel aux instances temporelles passées, présente, future, par exemple : « avant d'aller à la cour de récré, vous devez d'abord ranger votre matériel et ensuite déposer vos dessins sur le bureau ». En général, ces consignes sont données assez rapidement à l'aide des marqueurs temporels les plus usuels (adverbes de temps, temps des verbes). Si ce marquage n'est pas compris, apparaissent des erreurs qui peuvent se traduire par des difficultés à organiser, planifier et réaliser le travail demandé, des oublis dans le cartable du matériel pédagogique. (Lancry-Hoestlandt.(A), 1989).

Souhaité, des retards, des erreurs lors des changements de classe ou encore de mauvais résultats scolaires, d'autres difficultés concernent l'orientation dans différents cadres temporels, la localisation et l'ordination temporelles d'événements ou encore l'estimation d'intervalles temporels. Il convient de

souligner que l'importance de facteurs temporels dans l'apparition de certains comportements.

VIII Les difficultés de temps chez l'enfant :

1) La difficulté semble en partie liée à la nature du temps.

Lorsqu'on se pose la question de savoir ce qu'est le temps exactement, on constate que les réponses paraissent à la fois simples et extrêmement complexes. Tout le monde a l'expérience du temps et est confronté au temps qui passe, mais par la même occasion, le temps échappe à la perception directe puisqu'il ne correspond à rien de matériel, ce n'est ni un lieu, ni un objet. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p17)

L'enfant est tout comme l'adulte confronté à ce caractère paradoxal de la connaissance du temps. Non seulement les termes « hier, aujourd'hui, demain » ne désignent aucune réalité concrète, l'enfant devra également imaginer l'écoulement du temps et convertir demain en aujourd'hui et aujourd'hui en hier au fur et à mesure que le temps passe.

Une autre caractéristique du temps est qu'il ne se vit que dans l'instant. Pour prendre conscience du temps, il faut soit se souvenir, soit anticiper. En effet, si le présent est accessible, le passé doit être remémoré et reconstruit et l'avenir anticipé. Pour la connaissance du temps, qui diffère en cela de celle de l'espace, les facteurs symboliques sont donc essentiels, et c'est avec eux que se constitue la première représentation mentale du temps chez l'enfant, celle qui encadre son activité et qui lui permet de s'orienter temporellement dans son monde familier (Rodriguez-Tomé & Bariaud. (F) 1987).

Notons encore que dès que les psychologues ont abordé le problème du temps, on a vu naître une distinction fondamentale entre une expérience primaire de la durée et notre idée rationnelle du temps. On retrouve cette opposition dans la distinction entre le temps psychologique d'une part et le temps conventionnel

d'autre part. Le temps psychologique correspond au sens que l'on attribue au temps, la façon dont on le vit et dont on l'imagine et se le représente. Le temps conventionnel correspond quant à lui aux systèmes de mesure du temps utilisés dans chaque culture (Godard. (L) & Labelle. (M), 1999, p233).

L'enfant devra intégrer ce caractère à la fois objectif et subjectif du temps : une heure peut passer très vite quand on s'amuse et lentement quand on s'ennuie, mais elle compte toujours 60 minutes. Cette évidence là ne l'est pas pour les jeunes enfants qui sont nombreux à penser qu'il existe par exemple des journées plus courtes que d'autres dans la semaine en fonction des activités qui y ont lieu (De Coster. (L), 2004).

2) Une autre difficulté est liée à la signification du mot temps.

On peut distinguer trois grandes catégories de sens du mot temps : le temps considéré dans sa durée, le temps considéré comme un moment et le temps comme phénomène météorologique. Se rajoute donc une difficulté supplémentaire liée à la polysémie du mot « Temps ». En français il n'y a en effet qu'un seul mot pour désigner « le temps qui passe » et « le temps qu'il fait », les jeunes enfants sont nombreux à parler du temps qu'il fait comme ce garçon de 5 ans et 8 mois qui me répond : « il fait beau et pas beau, il y a du soleil et des nuages... ». Même lorsque je lui pose une question de relance : « c'est très bien, tu me parles du temps qu'il fait mais tu as déjà entendu parler du temps qui passe », il parle encore de ce temps : « oui, les nuages passent vite et le soleil aussi ! » (De Coster. (L), 2004.). Sa réponse illustre bien la difficulté que rencontrent les enfants à évoquer le temps qui passe, ce temps qui est à la fois abstrait, invisible, insaisissable et presque indéfinissable. (Godard. (L) & Labelle. (M), 1999, p233).

IX) 1-Trouble de l'orientation temporelle chez l'enfant :

1)- motrices : trouble liée au rythme irrégulier de la respiration du sujet ou à un problème auditif.

2)- Psychomotrices : manque d'orientation et d'organisations spatiales.

3)- Psychologique : l'enfant à subi un choc affectif, ou vit dans un milieu insécurisant dans lequel il n'y a pas suffisamment de points de repère : les heures des repas ne sont pas fixes, on se lève quand on est fatigué, l'enfant n'est jamais certain de passer la soirée avec ses parents. (De Meur. (A) & Staes. (L), 1985, p40)

IX-2 Les symptômes de trouble de l'orientation temporelle chez l'enfant qui présente une déficience mentale :

1) L'enfant est incapable de retrouver l'ordre et la succession des événements :

1- l'enfant mélange les faits (phénomène normal chez les enfants, mais qui doit régresser petit à petit).

2- Il ne perçoit pas ce qui est premier et ce qui est dernier.

3- Il ne situe pas « avant » et « après ».

4- Il ne s'organise pas bien dans le sens gauche- droite, et il se trompe dans l'ordre des mots écrits.

5- il ne peut pas construire une phrase à partir de mots séparément dans le désordre ; il ne réussit pas à trouver le bon ordre

2) L'enfant ne perçoit pas les intervalles :

1- L'enfant ne se rend pas compte de ce qui dure, de ce qui va vite, quand il y a un arrêt.

2- En français, il ne distingue pas les différents mots de la phrase : pour lui, toute une phrase peut être écrite en un seul mot.

3- En calcul, il ne perçoit pas les chiffres manquants (non écrits).

4- En lecture collective, il n'est jamais au même endroit que les autres (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p41)

3) L'enfant n'a pas un rythme régulier :

1- L'enfant éprouve de la peine à courir car sa course est faite de pas trop longs et de pas trop courts.

2- Il parvient difficilement à lire d'une façon liée et intelligible.

3- Il ne peut associer le geste à parole lors de la lecture gestuelle

4- Il ne comprend pas certains calculs basés sur le rythme. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p41)

4) L'enfant n'a pas la notion de l'heure, il ne peut organiser son temps :

1- L'enfant est en retard dans ces travaux : il a pris tout son temps pour écrire une ligne, puis il écrit la suite du texte très mal, bousculé par le peu de temps qui lui reste avant de remettre son cahier.

2- Il ne prévoit pas ses diverses activités : il les vit l'une après l'autre et, finalement, il n'arrive pas au bout de toutes ses tâches parce qu'il a trainé au cours de l'une ou de l'autre. (De Meur. (A) &Staes. (L), 1985, p42)

Conclusion de chapitre

Au cours de la petite enfance et de l'enfance, l'enfant construit le réel qui le conduit d'une part :

A se situer et à se représenter comme un objet particulier parmi l'ensemble de tous les autres et à situer et représenter l'ensemble de ces objets dans un univers spatial et temporel objectif, ordonné et cohérent dans lequel il évolue. L'enfant est sans cesse « outillé et réoutillé » avec divers instruments mentaux, les caractéristiques de son outillage sont liées à son niveau de développement et influencent son activité mentale.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la pratique

Préambule :

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation. Dans ce chapitre, on va présenter le lieu de notre recherche réalisée (l'entretien et le test de dessin de bon homme), et enfin notre population d'étude et ses critères de sélection.

I) présentation du lieu de la recherche :

I.1) présentation du centre médico-pédagogique :

Notre stage pratique a été réalisé dans un centre médico-pédagogique pour enfants inadaptés mentaux d'Aokas, celui-ci se situe sur le plateau d'Aokas, il a été créé le 05-08-1996, il est constitué d'un seul logement, une cour pour création et jeux, 4 classes pour éducation et dressage, l'administration qui se répartit en sept bureaux : le trésorier, l'économiste, le groupe pédagogique, le dortoir, le réfectoire, une salle de sport.

Ce centre médico-pédagogique a une capacité de 40 places, il accueille actuellement 36 enfants et la prise en charge est assurée par équipe pluridisciplinaire dans le but :

- 1) L'amélioration et le développement des capacités des déficients mentaux à travers une prise en charge psychopédagogique adaptée à un accompagnement permanent en vue de leur épanouissement optimal, de leur accès à l'autonomie et de leur insertion socio professionnelle.
- 2) De savoir la capacité de chaque enfant dans les cotes intellectuel, moteur, affectif.
- 3) Connaitre leurs capacités dans tous les côtés de la personnalité et les orienter après vers d'autres classes.

I.2. La population de la recherche :

- 1) Notre recherche est réalisée sur 6 cas, 3 filles et 3 garçons, 4 cas de la classe préparatoire, 2 cas de la classe adolescent /niveau moyen, âges entre 9 ans et 16 ans, cette sélection sur les critères suivants :
- 2) Age de 9 ans – 16 ans
- 3) On a choisi les enfants ayant des capacités de communication, pour faciliter la réalisation de l'entretien.

I.3. présentation du groupe pédagogique

Ce groupe est constitué de :

Psychologue clinicien

Orthophoniste

Assistante sociale

1 éducateur

1 éducateur spécialisé

4 aides éducateurs

Psychomotricien

I.4. présentation des enfants inadaptés mentaux par classe

Ces enfants sont répartis par 3 classes qui sont :

1) la classe préparatoire :

Elle contient 15 enfants, leur âge se situe entre 04-09 ans, cette prise en charge dans le but de mettre en œuvre un programme d'intervention qui les stimule et de les préparer pour une meilleure intégration et adaptation sociale.

2) La classe préscolaire :

Cette classe comporte 11 enfants, ce sont des enfants qui ont une déficience légère et modérée, ils ont un programme spécial qui prépare l'enfant aux apprentissages scolaire.

3) Classe adolescent niveau moyen

Cette classe comporte 10 enfants, ils ont des difficultés cognitives et dans l'autonomie comme : la propreté et l'habillement.

II) méthode et technique utilisée :

II.1) la méthode de la recherche :

la recherche en psychologie clinique fait référence à la méthode d'étude de cas, qui fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus, l'étude de cas est naturellement au cours de la méthodologie clinique, par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances, survenues, actuelles et passées (CHahraoui.(Kh) & Bénony. (H), 2003, p 125-127)

II.2) les outils de la recherche :

Dans toute recherche, en psychologie clinique, repose sur le choix des outils. Ce dernier dépend avant tout de ce que l'on veut mesurer, se fait en fonction du type d'échantillon et des objectifs visés. Dans notre étude, on va s'appuyer sur l'observation directe des activités des enfants déficients mentaux et l'application d'un test de dessin de bonhomme pour mesurer l'organisation spatio-temporelle de ces enfants.

II.2.1) Entretien clinique :

Selon Bénony.(H) et chahraoui.(KH),(1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné « l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » (Bénony.(H) et CHahraoui.(KH), 1999, P.11). Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité. L'entretien induit une relation asymétrique dans le dialogue (Chiland, 2006), il y a d'un côté le patient qui demande (l'aide, un avis, des conseils) et de l'autre, le clinicien, détenteur de savoir et de savoir-faire, et support de projection du patient, dans cette relation, le clinicien est souvent magnifié par le patient qu'a de fortes attentes vis-à-vis de celui qui sait (ou qui est considéré comme tel). Il existe plusieurs types d'entretiens : celui d'entretien directif, non directif, et l'entretien semi directif de recherche qu'on a utilisé dans notre travail:

2.1) Entretien semi directif :

Il est également centré sur le sujet, le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions, il fait quelques interventions pour relancer le patient sur ce qu'il vient de dire :hochements de tête, répétition des fins de phrases du sujet...les relances peuvent aussi être des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas où les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale(question ouverte).le clinicien interrompt peu le sujet, il « le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé». (Bénony.(H) et charhaoui.(KH),1999,P.16).

2.2) Le guide d'entretien :

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

Pour créer un guide d'entretien, le clinicien commence par lister les différents thèmes et sous-thèmes à aborder lors de l'échange, à partir de ces thèmes, il va préparer une liste de questions semi-ouvertes, ainsi que des relances (dans le cas où les thèmes n'auraient pas été abordés spontanément par le sujet). Une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour aider le sujet à donner son avis propre, il est par exemple déconseillé d'utiliser le terme « pourquoi » qui appelle une réponse très structurée et rationnelle et qui risque de couper le fil de la communication. (Bénony.(H) et Charhaoui.(KH), 1999, P.16).

Il est nécessaire que ce guide soit bien intégré avant la réalisation de l'entretien.

Le but final est même de l'oublier pour que l'entretien se rapproche le plus possible d'une conversation entre deux interlocuteurs dans laquelle les idées du sujet émergent spontanément, le guide d'entretien est susceptible d'évaluer au cours des entretiens (par des ajustements, des rectifications des questions).

Il est conçu comme un canevas souple : les questions ne seront peut-être pas toutes posées, elles pourront être proposées dans un ordre différent, leur formulation pourra être adaptée au sujet ou au contexte de l'échange.

Ce guide d'entretien comprend cinq axes à traiter, chaque axe contient plusieurs

Questions qui permettent de répondre plus précisément à notre thème de recherche.

L'entretien se déroulera d'une manière semi-directif, et les questions seront posées selon le niveau intellectuel et linguistique des enfants déficients mentaux interrogés.

Axe 1 : informations concernant la personne.

Axe 2 : informations sur ses relations avec sa famille et ces amis dans le centre.

Axe 3 : informations concernant la connaissance des parties du corps.

Axe 4 : informations concernant la connaissance de l'organisation spatio-temporelle.

Axe 5 : informations concernant l'activité de dessin.

2.3) Les attitudes de clinicien durant l'entretien :

Dans ce type d'entretien, dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, ce dernier n'est pas passif et ne se contente pas d'observer l'interlocuteur qui parle, ainsi le clinicien a recours dans l'entretien clinique à différents types d'interventions, les relances, les interrogations ou la reformulation. Les relances sont complémentaires du discours sujet et elles le prennent pour support.

Son intervention ne doit pas être avec une dose massive d'interrogation, cela perturbe le déroulement de l'entretien et entraîne alors une passivité chez le sujet, certaines questions directes peuvent être ressenties de manière instructive par le sujet, il faut savoir alors les formuler. (Bénony.(H) et Charhaoui.(KH), 1999, P.143)

II.2.2) le dessin du bonhomme :

1) matériel :

Un crayon et une feuille de papier blanc non ligné.

2) consignes :

« Sur cette feuille, tu vas dessiner un bonhomme, fais le meilleur dessin que tu peux, prends ton temps et travaille le mieux possible ».

On peut encourager l'enfant en lui disant que « c'est bien. »

L'épreuve peut être donnée collectivement, dans ce cas, il faut prendre des précautions spéciales pour éviter la fraude.

On ne saurait assez insister sur l'importance qu'il y a à éviter toute suggestion (livres ou illustrations à portée de l'enfant, gravures aux murs.) a toute question, or, répond invariablement : « fait comme tu veux ». (Pasquasy. (R), p 1)

3) dépouillement :

L'examineur gagnera du temps et risquera moins ce se tromper s'il se sert du protocole d'examen.

La cote globale sera convertie en âge mental.

L'équation intellectuelle (QI) s'obtient en divisant l'âge mental par l'âge chronologique. (Pasquasy. (R), p 2)

4)- étalonnage :

FI. goodenough, propose les normes suivant, établies sur 5000 sujet environ.

âge	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13
points	2	6	10	14	18	22	30	34	38	42

A. Hoyoux, qui a expérimenté le test du bonhomme dans la région liégeoise, fait remarquer que, d'après FI.goodenough elle-même, mes normes sont un peu basses aux âges inférieurs et au contraire, un peu élevées aux âges supérieurs. Il constate cependant qu'elles sont dans leur ensemble, applicable à une population belge. (Pasquasy. (R),1967, p 14)

6)- signification du quotient intellectuel (QI) :

Pour établir le QI, il importe de déterminer le nombre d'années d'âge réel (A.R) à l'aide d'une méthode rationnelle.

Un âge exprimé en années doit correspondre au médian des âges compris entre deux échelons successifs ainsi 6 ans correspondra aux âges qui se dispersent entre 5 ans 6 mois 1 jours et 6 ans 5 mois 29 jours. (Pasquasy. (R),1967, p 14).

III) le déroulement de la recherche :

Notre recherche est réalisée au centre des inadaptés mentaux d'Aokas à partir de 09/02/2015 au 30/05/2015 (02 fois par semaine).

IV) Les difficultés de la recherche :

Au cours de la réalisation de notre travail de recherche, de multiples obstacles Rencontrés, nous les citons :

A l'université :

Manque de documentation spécialisée, d'ouvrages traitant notre thème de recherche.

L'établissement : centre DEFI (d'Aokas) :

Difficultés de faire l'entretien dans des bonnes conditions à cause des difficultés d'expression par des enfants déficients mentaux.

Difficulté des enfants à comprendre la langue française, ce qui nous a obligés de leur traduire les questions de l'entretien, ainsi qu'à se communiquer avec la langue maternelle.

Malgré tous ses obstacles, il ne faut pas oublier les points positifs de ce travail qui nous a permis également de connaître le terrain, et surtout, d'avoir des liens avec ces sujets.

Conclusion du chapitre

La méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique. Dans cette recherche, on s'est basés sur la méthode clinique, notre population est constituée de six cas étudiés au niveau du centre des inadaptés mentaux d'Aokas.

La population ciblée est celle des déficients mentaux, en ce qui concerne la collecte de données, on a utilisé l'entretien clinique, l'entretien semi-directif et le test du bonhomme de (goodenough) afin d'arriver aux objectifs de cette recherche.

Chapitre V

Analyse et interprétation

Des résultats

I) Présentation et analyse des résultats de la recherche :

Dans ce chapitre, on va présenter les résultats des cas qu'on a étudiés. On va faire une présentation pour chaque cas, ensuite un résumé d'entretien qu'on a effectué avec tous les cas et à la fin, on va présenter les résultats du test du bonhomme pour chaque cas aussi.

1. Premier cas « chafia »

1. Présentation de cas

Chafia est né le 16 août 1998, elle a 16ans, (selon son dossier psychopédagogique) ; elle a un retard mental léger, associé à un trouble de langage (trouble d'articulation), Le niveau scolaire de Chafia est de premier année primaire après avoir eu des difficultés de communication, ensuite elle a été orientée vers le centre médico-pédagogique d'Aokas pour les inadaptés mentaux, pour une prise en charge psychologique et orthophonique.

Dans les antécédents médico-psychologiques de Chafia, on trouve une grossesse désirée, avec un accouchement normal.

Dans le développement psychomoteur de Chafia, on note un retard au niveau de l'acquisition du langage (premier mot à l'âge de 5 ans), âge de la marche (3 mois)

On a effectué un entretien avec Chafia, grâce à un guide d'entretien qu'ont préparé à l'avance et qui nous a beaucoup aidés pour recueillir des informations sur la patiente.

Pendant l'entretien chafia été calme et silencieuse, mais, des fois, elle prononce des mots « ramassage scolaire, la cour, la montagne... »

On a commencé avec des questions concernant la personne par exemple l'âge, nombre de frères et sœurs, son niveau scolaire et elle nous a répondu correctement.

Ensuite, on a posé des questions à Chafia concernant ses relations avec sa famille et ses amis. « Chafia, *peux-tu nous décrire tes relations avec tes parents et tes frères ?* » Et sa réponse est comme suit « papa, maman, frères ». Là elle a répondu la même chose que nous. Une autre question : « *Est-ce que tu as des amis, Chafia ?* » « Oui » et elle a prononcé plusieurs noms. « *Chafia, pourquoi es-tu dans ce centre ?* » Elle a répondu avec un grand sourire « pour apprendre ». On lui a posé une autre question concernant son trouble, mais sans réponse, elle a répondu autre chose par exemple « je pars, dans le bus, faire le ménage, prendre mon déjeuner»

Pour savoir le niveau d'acquisition du schéma corporel et de l'organisation spatio-temporelle chez Chafia, on lui a posé des questions concernant la connaissance des parties de son corps. « *Chafia, connais-tu bien les parties de ton corps ?* » « Oui » répond-elle. *Quelles sont les parties que tu connais mieux ?* Questionnons-nous encore. Je connais la tête, les cheveux, les yeux, la bouche (silence), *tu connais quoi encore Chafia ?* « Silence » *Peux-tu nous montrer, sur ton corps, ces parties que tu connais ?* « Oui »

Chafia nous a montré que les grandes parties du corps comme la tête, les bras, les pieds, et ça, c'est avec des encouragements, comme (oui Chafia, quoi aussi, continue) mais elle n'arrive pas à nous montrer toutes les autres parties.

Ensuite on a posé des questions concernant l'organisation spatio-temporelles : « *Chafia, à quelle heure es-tu venue aujourd'hui ?* Chafia a répondu « je suis venue à 8h ». *Chafia, on est quel jour aujourd'hui ?* Elle a bien répondu « aujourd'hui c'est le jeudi ». « *Connais-tu les jours de la*

semaine ? » Elle a répondu «jeudi » après des encouragements « oui, Chafia, aujourd'hui, c'est jeudi. Après quoi » ? « Silence ».

Chafia *montre moi ta droite ?* « il nous a montré sa gauche », et maintenant, la gauche « il nous à montré sa droite ». *A quelle heur sors-tu Chafia ?* » Elle a répondu avec un sourire « à 15h00 »

A la fin de notre entretien, on a posé à Chafia les dernières questions concernant l'activité de dessin. « Chafia, aimes-tu dessiner ? » Elle a répondu avec un grand sourire « oui » et « tu aimes dessiner quoi exactement ? » « Un garçon, des frères, une maison » et *tu peux me dessiner un bonhomme ?* « Oui ».

2. La passation du test :

On a utilisé le test de bonhomme de goodenough. On a demandé à Chafia de nous faire un dessin d'un bonhomme, sur une feuille blanche avec un crayon noir sans utiliser une gomme sous la consigne suivante : « Chafia, sur cette feuille, tu va dessiner un bonhomme. Fais le meilleur dessin que tu peux. Prends ton temps et travaille le plus lentement possible. » Pendant la réalisation du dessin, on a essayé d'encourager chafia « oui, c'est bien continue »

3. L'analyse du dessin :

Chafia a pris correctement la feuille et le crayon et elle a réalisé un dessin de bonhomme.

Elle a dessiné un bonhomme avec la présence des grandes parties du corps humain, la présence de la tête, le cou, les mains, le ventre et les jambes.

Et pour les petites parties on trouve la présence des yeux, de la bouche, des oreilles, de nez, des cheveux et des doigts.

Pour faire une bonne analyse du dessin, on va utiliser la méthode de Goodenough pour l'obtention d'un barème que nous allons utiliser et pour arriver aussi à de bons résultats.

1. présence de la tête.....	1
2. présence des jambes.....	1
3. présence des bras.....	1
4a. Présence du tronc.....	0
4b. Tronc plus haute que large.....	0
4c. Epaules nettement indiquées.....	0
5a. Bras et jambes attache.....	0
5b. Attaches à l'endroit exacte.....	0
6a. présence du cou.....	1
6b. Prolongement ligne du cou.....	1
7a. Présence des yeux.....	1
7b. Présence de nez.....	1
7c. Présence de la bouche.....	1
7d. Nez et bouche en deux dimensions.....	0
7e. Narines indiquées.....	0
8a. Cheveux représentés.....	1
8b. Cheveux couvrant bien la tête.....	1
9a. Présence des vêtements.....	0

9b. Au moins deux pièces de vêtement.....	0
9c. Aucune transparence.....	0
9d. Au moins quarts pièces de vêtement.....	0
9e. Vêtement complet.....	0
10a. Présence des doigts.....	1
10b. Nombre corrects de doigts.....	0
10c. Détails corrects des doigts.....	0
10d. Opposition du pouce.....	0
10e. Mains distinctes des doigts et des bras.....	1
11a. Articulation des bras.....	0
11b. Articulation des jambes.....	0
12a. Proportion de la tête.....	1
12b. Proportion des bras.....	0
12c. Proportion des jambes.....	0
12d. Proportion des pieds.....	0
12e. Bras et jambes en deux dimensions.....	1
13. Talon indique.....	0
14a. Coordination motrice par le contour.....	0
14b. Coordination motrice par les articulations.....	0
14c. Coordination motrice par articulation de la tête.....	1
14d. Coordination motrice des articulations du tronc.....	0

14e. Coordination motrice des bras et des jambes.....	0
14f. Coordination motrice de la physionomie.....	1
15a. Présence des oreilles.....	1
15b. Présence des oreilles avec bonnes proportions et positions.....	0
16a. Détails des yeux, cils, sourcils ou les deux.....	0
16b. Détails des yeux, présence des pupilles.....	0
16c. Proportion des yeux.....	1
16d. Regard.....	1
17a. Menton et front présents.....	0
17b. Menton nettement distinct de la lèvre inférieure.....	0
18a. Tête tronc et pieds de profil.....	1
18b. Profil parfait sans les erreurs tolérées précédemment.....	0

L'âge réel de chafia c'est 16 ans

Le nombre de points par l'âge : 20 points

L'âge mental par point c'est 8 ans

Pour calculer le quotient intellectuel QI de chafia en divisant l'âge mental AM par l'âge réel AR multiplie par 100.

$$QI = 8/16 = 50$$

Chafia présente un retard mental moyen

Après l'analyse de l'entretien clinique qu'on a effectué avec Chafia, et l'analyse du dessin du bonhomme, on trouve que Chafia connaît les parties essentielles de son corps donc elle a une capacité d'organisation spatio-temporelle.

Dans le dessin du bonhomme, on trouve la présence des parties essentielles du corps, et ses parties sont prononcées déjà par Chafia dans l'entretien clinique comme la tête, les bras, les yeux, la bouche, le nez, les oreilles, comme on trouve aussi l'absence de quelques éléments, dans l'entretien et dans le dessin par exemple le tronc.

Donc on constate qu'il ya une corrélation entre l'analyse de l'entretien et les résultats du dessin du bonhomme.

La Synthèse du cas :

Chafia qui est une fille de 16 ans, et qui est atteinte d'une déficience mentale moyenne, a réussi à réaliser le dessin du bonhomme, on ne peut pas dire si son organisation spatio-temporelle est excellent mais qu'elle est acceptable et remarquable par apport à sa déficience.

2. Deuxième Cas « mazighe » :

1. Présentation de cas :

Amazighe est né le 11 avril 2004, elle a 10 ans (selon son dossier psychopédagogique) il présente un retard mental moyen associé à une aberration chromosomique (21), diagnostiqué dès son enfance.

Le niveau scolaire de amazighe est le préscolaire ensuite, il a été orienté vers le centre médico-pédagogique d'Aokas pour enfants et adolescents inadaptés mentaux, le 13 septembre 2010, pour une prise en charge psychologique.

Dans les antécédents médico-psychologiques de mazighe, on trouve une grossesse désiré, issu d'un mariage non consanguin.

Dans le développement psychomoteur de mazighe, on note un retard au niveau de l'acquisition de la marche (acquise à l'âge de 3ans), et de l'acquisition de la position d'assis (acquise à l'âge de 28mois), l'acquisition de la propreté (acquise à l'âge de 7ans).

Pendant l'entretien Mazighe a été très calme, timide. Il répond aux questions sans regarder qui est devant lui. Il prononce des phrases sans aucune coordination entre les mots, mais des fois il répond à quelques questions brièvement.

On a commencé l'entretien avec des questions concernant la personne : le nom, l'âge, le niveau scolaire et le nombre de frères et sœurs : « *T'as quel âge Mazighe ?* Il a répondu « j'ai 6 ans », *Combien de frères et sœurs as-tu ?* Il a prononcé plusieurs noms (Souad, Boussad, Said, Nassim...)

Ensuite, on lui a posé des questions concernant sa relation avec sa famille et ses frères et sœurs : « *Décris-t nous ta relation avec tes parents et tes frères ?* « J'aime mon père, ma mère, Boussad et Said, c'es tout », *c'est qui Said et Boussad ?* Il a répondu la même chose « Boussad, Said ».

Est-ce que tu as des amis ? « Oui », mais j'ai que Yassine. Et *t'as de bonnes relations avec lui ?* « Oui, on sort ensemble » *Aimes-tu venir au centre ?* Il répond avec un sourire « oui », *Pourquoi ?*, « Pour dessiner, pour écrire et pour jouer, répond-il ».

Pour savoir le niveau de l'acquisition du schéma corporel et de l'organisation spatio-temporelle chez Mazighe, on lui a posé des questions concernant la connaissance des parties de son corps : « Mazighe, connais-tu bien les parties de ton corps ? » il a répondu « oui, je connais la tête, les yeux, le nez, la bouche » Ensuite il s'est arrêté. « *Qu'est-ce que tu connais encore Mazighe ?* » Le ventre, les pieds, les oreilles, c'est tout, ajoute-t-il. *Peux-tu nous montrer toutes ces parties sur ton corps ?* « Oui, je peux, répond-il ».

Malgré le temps qui est pris par Mazighe pour nous montrer les parties de son corps, mais il arrive à nous montrer les parties essentielles, et les parties qu'il a prononcé correctement. Ensuite on a posé des questions concernant l'organisation de temps et l'espace.

Ensuite on a posé des questions concernant l'organisation spatio-temporelle. *mazighe à quelle heure es-tu venue aujourd'hui ?* Elle a répondu « à 8h00 ». *mazighe on est quel jour aujourd'hui ?* Elle a bien répondu « jeudi » *tu connais bien les jours de la semaine mazighe ?* « Oui je connais jeudi, vendredi, samedi, dimanche, lundi, mardi,), quoi encore « silence », *mazighe montre moi votre cote droit ?* Elle a répondu « il me montre sa gauche », *et le cote gauche ?* « Il me montre sa droite ». *mazighe A quelle heure sors-tu ?* Elle a bien répondu « je sors à 15h00 ».

A la fin de l'entretien on a posé des questions pour Mazighe des questions sur l'activité de dessin, *mazighe tu aime dessiner ?* « Oui » « j'aime dessiner, une maison, un poisson » *tu peux me dessiner un bonhomme ?* « Oui »

2. La passation de test :

Pour s'avoir l'organisation spatio-temporelle chez mazighe, on a utilisé le test de bonhomme de goodenough. on a demande a mazighe de nous faire un dessin d'un bonhomme sur une feuille blanche avec un crayon noir sans utilise une gomme sous la consigne suivante : mazighe « sur cette feuille, tu va dessiner un bonhomme. Fais le meilleur dessin que tu peux. Prends ton temps et travail le plus possible. » Pendant la réalisation du dessin on a essayé d'encourage mazighe « oui c'est bien continue ».

3. L'analyse du dessin :

Mazighe a pris la feuille et le crayon, il a réalisé un dessin d'un petit bonhomme, mais il a pris beaucoup de temps pour commence son dessin.

Dans le dessin de mazighe on trouve la présence des grandes parties du corps humain comme la tête, les jambes, les bras.

Pour les petites parties du corps on trouve la présence des yeux, du nez, de la bouche, des oreilles et des doigts.

Pour faire une bonne analyse pour le dessin on va utilise la méthode de goodenough pour l'obtention d'un barème que nous allons utiliser et pour arrive aussi a des bonnes résultats.

1. présence de la tête.....	1
2. présence des jambes.....	1
3. présence des bras.....	1
4a. Présence du tronc.....	0
4b. Tronc plus haute que large.....	0
4c. Epaules nettement indiquées.....	0

5a. Bras et jambes attache.....	0
5b. Attaches à l'endroit exacte.....	0
6a. présence du cou.....	0
6b. Prolongement ligne du cou.....	0
7a. Présence des yeux.....	1
7b. Présence de nez.....	1
7c. Présence de la bouche.....	1
7d. Nez et bouche en deux dimensions.....	0
7e. Narines indiquées.....	0
8a. Cheveux représentés.....	1
8b. Cheveux couvrant bien la tête.....	0
9a. Présence des vêtements.....	0
9bAu moins deux pièces de vêtement.....	0
9c. Aucune transparence.....	0
9d. Au moins quarts pièces de vêtement.....	0
9e. Vêtement complet.....	0
10a. Présence des doigts.....	0
10b. Nombre corrects de doigts.....	0
10c. Détails corrects des doigts.....	0
10d. Opposition du pouce.....	0
10e. Mains distinctes des doigts et des bras.....	0

11a. Articulation des bras.....	0
11b. Articulation des jambes.....	0
12a. Proportion de la tête.....	0
12b. Proportion des bras.....	0
12c. Proportion des jambes.....	0
12d. Proportion des pieds.....	0
12e. Bras et jambes en deux dimensions.....	0
13. Talon indique.....	0
14a. Coordination motrice par le contour.....	0
14b. Coordination motrice par les articulations.....	0
14c. Coordination motrice par articulation de la tête.....	0
14d. Coordination motrice des articulations du tronc.....	0
14e. Coordination motrice des bras et des jambes.....	0
14f. Coordination motrice de la physionomie.....	1
15a. Présence des oreilles.....	1
15b. Présence des oreilles avec bonnes proportions et positions.....	0
16a. Détails des yeux, cils, sourcils ou les deux.....	0
16b. Détails des yeux, présence des pupilles.....	0
16c. Proportion des yeux.....	0
16d. Regard.....	1
17a. Menton et front présents.....	0

- 17b. Menton nettement distinct de la lèvre inférieure.....0
- 18a. Tête tronc et pieds de profil.....0
- 18b. Profil parfait sans les erreurs tolérées précédemment.....0

L'âge réel de mazighe c'est 10 ans

Le nombre de points par l'âge : 10 points

L'âge mental par point c'est 5 ans

Pour calculer le quotient intellectuel QI de mazighe en divisant l'âge mental AM par l'âge réel AR multiplié par 100.

$$QI = 5/10 = 50$$

Mazighe présente un retard mental moyen.

Après l'analyse de l'entretien clinique qu'on a effectué avec mazighe et l'analyse de dessin du bonhomme, on a conclu que mazighe connaît les parties essentielles de son corps donc il a acquis son schéma corporel.

Dans le dessin du bonhomme on trouve la présence des parties essentielles du corps, et ses parties sont prononcées déjà par mazighe dans l'entretien clinique comme la tête, les bras, les yeux, la bouche, le nez, comme on trouve aussi l'absence de quelques éléments, dans l'entretien et dans le dessin par exemple le cou.

Donc on constate qu'il y a une corrélation entre l'analyse de l'entretien et les résultats du dessin du bonhomme.

La Synthèse du cas :

mazighe est un enfant de 10 ans, qui atteinte d'une déficience mentale moyen, a réussi de réaliser le dessin du bonhomme, on peut dire son organisation spatio-temporelle est acceptable par rapport a son âge et sa déficience.

3. Troisième cas « narimane »

1. présentation de cas :

narimane est né le 21/07/2005, (selon son dossier psychopédagogique), elle a 10 ans, elle a un retard mental moyen, associée à un trouble d'articulation diagnostiqué à l'âge de sa scolarisation.

Le niveau scolaire de narimane est de première année primaire, après avoir subi plusieurs difficultés, ensuite elle a été orientée vers le centre médico-pédagogique d'Aokas pour enfants et adolescents inadaptés mentaux, pour une prise en charge psychologique et orthophonique le 02 octobre 2013.

Dans les antécédents médico-psychologiques de narimane, on trouve une grossesse désirée, avec un accouchement normal.

Dans le développement psychomoteur de narimane on note un retard au niveau : l'acquisition de la marche (30 mois).

On a effectué un entretien avec narimane, grâce à un guide d'entretien qu'on prépare à l'avance et qui nous a beaucoup aidés dans notre travail.

Pendant l'entretien narimane était calme, elle essayait de tout dire en même temps, elle parle de tout, et elle parle aussi rapidement, des fois elle répond la même chose que nous.

On a commencé l'entretien avec des questions sur la personne comme : le nom, l'âge, le niveau scolaire, le nombre de frères et sœurs, mais narimane n'a pas répondu correctement à toutes les questions.

Ensuite à la question de ses relations avec sa famille et ses amis, *Narimane tu peux nous décrire tes relations avec tes parents et tes frères ?* répond-elle comme suite « papa, maman, frères » là elle répond la même chose que nous. Une autre question, *est-ce que t-à des amis narimane ?* « Oui » et elle a prononcé plusieurs

noms « samira, mona, bssa, samiha », *narimane pourquoi tu es dans ce centre ?* Elle a répondu « pour apprendre ».

Pour savoir le niveau de l'acquisition de schéma corporel et de l'organisation spatio-temporelle chez narimane, on lui pose des questions concernant la connaissance des parties de son corps. *Narimane tu connais bien les parties de ton corps ?* « Oui », *quelles sont les parties que tu connais mieux ?* « Je connais, la tête, la bouche, les yeux (silence) » *tu connais quoi encore narimane ?* « Elle a répété des mêmes parties », *et tu peux nous montrer ses parties que tu connais sur ton corps ?* « Oui ».

Narimane nous a montré que les grandes parties du corps comme la tête, les bras, les pieds, et sa, c'est avec des encouragements, comme (oui narimane, quoi aussi, continuer) mais elle arrive pas à nous montrer toutes les autres parties.

Ensuite on a posé des questions concernant l'organisation spatio-temporelle. *Narimane à quel heure tu es venu aujourd'hui ?* Elle a répondu « le matin ». *On est quel jour aujourd'hui narimane ?* Il a bien répondu « jeudi » *tu connais bien les jours de la semaine narimane ?* « Dimanche, lundi, mardi, mercredi, jeudi), quoi encore « silence », *narimane montre moi votre côté droit ?* Elle a bien répondu « là », *et le côté gauche ?* « Ici », bien répondu. *narimane à quel heure tu sors le soir ?* Elle a répété notre question « tu sors le soir ».

A la fin de notre entretien on a posé pour narimane les dernières questions concernant l'activité de dessin, *narimane tu aime dessiner ?* Répond-t-il « oui » *et tu aime dessiner quoi exactement ?* « Une Maison, maman » *et tu peux me dessiner un bonhomme ?* « Oui ».

2. La passation de test :

Pour savoir l'organisation spatio-temporelle chez narimane, on a utilisé le test de bonhomme de goodenough. On a demande a narimane de nous faire un dessin d'un bonhomme sur une feuille blanche avec un crayon noir sans utilise une gomme sous la consigne suivante : narimane « sur cette feuille, tu va dessiner un bonhomme. Fait le meilleur dessin que tu peux. Prends ton temps et travail le plus possible. » Pendant la réalisation du dessin on a essaye d'encouragé narimane « oui c'est bien contenue ».

3. L'analyse du dessin :

Narimane a pris la feuille et le crayon correctement et elle à réalise un dessin d'un bonhomme. Elle a dessiné un bonhomme avec la présence de grandes parties du corps humain, on trouve la présence de la tête, le ventre. Et pour les petites parties on trouve la présence des yeux, la bouche, des cheveux, des oreilles.

Pour faire une bonne analyse pour le dessin on a utilisé la méthode de goodenough pour l'obtention d'un barème que nous allons utiliser et pour arrive aussi a des bonnes résultats.

1. présence de la tête.....	1
2. présence des jambes.....	0
3. présence des bras.....	1
4a. Présence du tronc.....	0
4b. Tronc plus haute que large.....	0
4c. Epaules nettement indiquées.....	0
5a. Bras et jambes attache.....	0

5b. Attaches à l'endroit exacte.....	0
6a. présence du cou.....	1
6b. Prolongement ligne du cou.....	0
7a. Présence des yeux.....	1
7b. Présence de nez.....	1
7c. Présence de la bouche.....	1
7d. Nez et bouche en deux dimensions.....	1
7e. Narines indiquées.....	0
8a. Cheveux représentés.....	1
8b. Cheveux couvrant bien la tête.....	0
9a. Présence des vêtements.....	0
9bAu moins deux pièces de vêtement.....	0
9c. Aucune transparence.....	0
9d. Au moins quarts pièces de vêtement.....	0
9e. Vêtement complet.....	0
10a. Présence des doigts.....	0
10b. Nombre corrects de doigts.....	0
10c. Détails corrects des doigts.....	0
10d. Opposition du pouce.....	0
10e. Mains distinctes des doigts et des bras.....	0
11a. Articulation des bras.....	0

11b. Articulation des jambes.....	0
12a. Proportion de la tête.....	0
12b. Proportion des bras.....	0
12c. Proportion des jambes.....	0
12d. Proportion des pieds.....	0
12e. Bras et jambes en deux dimensions.....	0
13. Talon indique.....	0
14a. Coordination motrice par le contour.....	0
14b. Coordination motrice par les articulations.....	0
14c. Coordination motrice par articulation de la tête.....	0
14d. Coordination motrice des articulations du tronc.....	0
14e. Coordination motrice des bras et des jambes.....	0
14f. Coordination motrice de la physionomie.....	0
15a. Présence des oreilles.....	1
15b. Présence des oreilles avec bonnes proportions et positions.....	0
16a. Détails des yeux, cils, sourcils ou les deux.....	0
16b. Détails des yeux, présence des pupilles.....	0
16c. Proportion des yeux.....	0
16d. Regard.....	1
17a. Menton et front présents.....	0
17b. Menton nettement distinct de la lèvre inférieure.....	0

18a. Tête tronc et pieds de profil.....0

18b. Profil parfait sans les erreurs tolérées précédemment.....0

L'âge réel de narimane c'est 09 ans

Le nombre de points par l'âge : 10 points

L'âge mental par point c'est 5 ans

Pour calculer le quotient intellectuel QI de narimane en divisant l'âge mental AM par l'âge réel AR multiplie par 100.

$$QI = 05/09 = 55,55$$

Nariman présent un retard mental moyen.

Après l'analyse de l'entretien clinique qu'on a effectué avec narimane, et l'analyse du dessin du bonhomme, on trouve que narimane connait les grandes parties de son corps donc elle a des capacités d'organisation spatio-temporelle.

Dans le dessin du bonhomme on trouve la présence des petites parties du corps, et ses parties sont prononcées déjà par narimane dans l'entretien clinique, comme les oreilles, la bouche, les yeux, et pour la présence des grandes parties on trouve la présence de la tête, comme on trouve aussi l'absence de quelques éléments, dans l'entretien et dans le dessin du bonhomme comme les bras, les doigts, les pieds.

Donc on constate qu'il y a une corrélation entre l'analyse de l'entretien et les résultats du dessin du bonhomme.

La synthèse du cas :

nariman est une petite fille de 9 ans, atteinte d'une déficience mentale moyenne, a réussi de réaliser le dessin du bonhomme, on ne peut pas dire son organisation spatio-temporelle est excellent mais qu'elle est acceptable et remarquable par rapport a son âge et sa déficience.

4. Quatrième cas « Ferhat »

1. Présentation de cas :

Ferhat est né le 17 septembre 1998, (selon son dossier psychopédagogique), il a 16 ans, il présente un retard mental moyen associée à un retard de développement psychomoteur.

Le niveau scolaire de Ferhat est de 5^{ème} année primaire, en suite il a été orienté vers le centre médico-pédagogique d'Aokas (le 3 octobre 2012) pour enfant et adolescent inadapté mentaux pour une prise en charge psychologique.

Dans les antécédents médico-psychologiques de Ferhat, on trouve une grossesse désirée avec un accouchement normale.

Dans le développement psychomoteur de Ferhat on note un retard au niveau ; de l'acquisition de la position d'assis (acquise à l'âge de 10 mois), de l'acquisition de la marche (acquise à l'âge de 3ans) ou l'enfant trouve des difficultés à se lever, il demande toujours de l'aide, et de l'acquisition de la propreté (acquise à l'âge de 8 ans (acquise à l'âge de 6 ans).

On a effectué un entretien avec Ferhat grâce à un guide d'entretien qu'on a préparé à l'avance et qui nous a beaucoup aidé pour arriver à l'obtention de quelques informations possible sur le patient. Pendant le déroulement de mon entretien Ferhat a été très calme, mais il répond brièvement aux questions qu'on lui a posé.

On a commencé par des questions concernant la personne comme le nom, l'âge, le niveau scolaire et le nombre de frères et sœurs.

On suit on lui a posé des questions sur ses relations avec sa famille et par exemple *on lui a demandé de nous décrire sa relation avec ses parents et sœurs ?* Et il a répondu « j'aime mes grand parents, mais mon père des fois et je frapes toujours mes sœur » pourquoi « par ce que elles touchent à mes affaire »,

on lui demandée si il a des amis dans le centre et en d'hors de centre ? Et il a répondu « oui j'ai des amis » et t-a des bonnes relations avec eux ? « Oui des très bonnes relations » pourquoi tu te trouve dans le centre ? « Parce que j'aime pas bien l'école ».

Et pour s'avoir le niveau de l'acquisition du schéma corporel et de l'organisation spatio-temporelle on à pose pour Ferhat des questions concernant la connaissance des parties de son propre corps, *Ferhat tu connais bien les parties de ton corps ?* Il à répondu « oui je les connais », *quelles ont les parties que tu connais mieux ?* « Je connais la tête, les bras, les yeux, la bouche, le nez, les oreilles, et les pieds » et tu peux nous montrer ses parties sur ton corps ? « Oui je peut »

Ferhat nous a montre sur son corps tout les parties qu'il à prononcé et se sont les parties qu'il connaît mieux. Ensuite on a posé des questions concernant l'organisation spatio-temporelle. *Ferhat à quel heur tu es venu aujourd'hui ?* Elle a répondu « comme d'habitude je me lève a 7h00, je prends mon déjeuner après je vais attendre le ramassage pour arrivé a l'heur, (silence) ».

Ensuit on a pose des questions concernant l'organisation spatio-temporelle, *à quelle heure es-tu venue aujourd'hui Ferhat ? répond-elle « je suis venue à 8h00 »* *Ferhat On est quel jour aujourd'hui ?* Elle a bien répondu « jeudi » *tu connais bien les jours de la semaine ?* «Oui je connais, samedi, dimanche, lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi), *Ferhat montre moi votre coté droit ?* Elle a bien répondu, *et le cote gauche ?* Elle a bien répondu aussi. *Ferhat A quelle heur sors-tu ?* Elle a répondu « je sors à 15h00 ».

A la fin de notre entretien on a posé pour Ferhat des questions concernant l'activité de dessin, *Ferhat tu aime dessiner ?* Elle a répondu « oui » et *tu aime dessiner quoi exactement ?* «Une Maison, une voiture » *et tu peux me dessiner un bonhomme ?* « Oui ».

2. La passation de test :

Pour savoir l'organisation spatio-temporelle chez Ferhat, on a utilisé le test de bonhomme de goodenough. On a demande a Ferhat de nous faire un dessin d'un bonhomme sur une feuille blanche avec un crayon noir sans utilise une gomme sous la consigne suivante : Ferhat « sur cette feuille, tu va dessiner un bonhomme. Fais le meilleur dessin que tu peux. Prends ton temps et travail le plus possible. » Pendant la réalisation du dessin on a essaye d'encourage Ferhat « oui c'est bien contenue ».

3. L'analyse du dessin :

Ferhat a pris la feuille et le crayon, il a réalisé un dessin d'un bonhomme.

Dans le dessin de Ferhat on trouve la présence des grandes parties du corps humain comme la tête, le cou, le tronc, les bras, les jambes. Pour les petites parties du corps on trouve la présence des yeux, du nez, de la bouche, des oreilles et des doigts.

Pour faire une bonne analyse pour le dessin on va utilise la méthode de goodenough pour l'obtention d'un barème que nous allons utiliser et pour arrive aussi a des bonnes résultats.

1. présence de la tête.....	1
2. présence des jambes.....	1
3. présence des bras.....	1
4a. Présence du tronc.....	0
4b. Tronc plus haute que large.....	0
4c. Epaules nettement indiquées.....	1
5a. Bras et jambes attache.....	1

5b. Attaches à l'endroit exacte.....	0
6a. présence du cou.....	1
6b. Prolongement ligne du cou.....	1
7a. Présence des yeux.....	1
7b. Présence de nez.....	1
7c. Présence de la bouche.....	1
7d. Nez et bouche en deux dimensions.....	0
7e. Narines indiquées.....	0
8a. Cheveux représentés.....	1
8b. Cheveux couvrant bien la tête.....	0
9a. Présence des vêtements.....	1
9bAu moins deux pièces de vêtement.....	1
9c. Aucune transparence.....	0
9d. Au moins quarts pièces de vêtement.....	0
9e. Vêtement complet.....	0
10a. Présence des doigts.....	1
10b. Nombre corrects de doigts.....	0
10c. Détails corrects des doigts.....	0
10d. Opposition du pouce.....	0
10e. Mains distinctes des doigts et des bras.....	1
11a. Articulation des bras.....	0

11b. Articulation des jambes.....	0
12a. Proportion de la tête.....	1
12b. Proportion des bras.....	1
12c. Proportion des jambes.....	1
12d. Proportion des pieds.....	1
12e. Bras et jambes en deux dimensions.....	0
13. Talon indique.....	0
14a. Coordination motrice par le contour.....	1
14b. Coordination motrice par les articulations.....	0
14c. Coordination motrice par articulation de la tête.....	1
14d. Coordination motrice des articulations du tronc.....	0
14e. Coordination motrice des bras et des jambes.....	0
14f. Coordination motrice de la physionomie.....	0
15a. Présence des oreilles.....	1
15b. Présence des oreilles avec bonnes proportions et positions.....	1
16a. Détails des yeux, cils, sourcils ou les deux.....	0
16b. Détails des yeux, présence des pupilles.....	1
16c. Proportion des yeux.....	0
16d. Regard.....	1
17a. Menton et front présents.....	0
17b. Menton nettement distinct de la lèvre inférieure.....	0

18a. Tête tronc et pieds de profil.....0

18b. Profil parfait sans les erreurs tolérées précédemment.....0

L'âge réel de Ferhat c'est 16 ans

Le nombre de points par l'âge : 25 points

L'âge mental par point c'est 9 ans

Pour calculer le quotient intellectuel QI de Ferhat en divisant l'âge mental AM par l'âge réel AR multiplie par 100.

$$QI = 09/16 = 56,25$$

Ferhat présent un retard mental moyen.

Après l'analyse de l'entretien clinique qu'on a effectué avec Ferhat, et l'analyse du dessin du bonhomme, On trouve que Ferhat a une bonne acquisition d'organisation spatio-temporelle.

Dans le dessin du bonhomme on trouve la présence d'un grand nombre d'éléments du corps, et ses éléments son prononcé déjà par Ferhat dans l'entretien clinique, comme la tête, les bras, les yeux, la bouche, le nez, les oreilles, les pieds.

Donc on constate qu'il ya une corrélation entre l'analyse de l'entretien et les résultats du dessin du bonhomme.

4) La Synthèse du cas :

Ferhat est un enfant de 16 ans, qui atteint d'une déficience mentale moyen, a réussi de réaliser le dessin du bonhomme et de répondre a l'entretien, on ne peut pas dire son organisation spatio-temporelle est excellent mais qu'elle est acceptable et remarquable par apport a sa déficience.

5. Cinquième cas « amine »

1. Présentation de cas :

Amine est né le 29 septembre 2003 (selon son dossier psychopédagogique), il a 12 ans, il a un retard mental profond, qui a été diagnostiqué au moment de sa scolarisation.

Le niveau scolaire de amine est de première année primaire, ensuite il a été orienté vers le centre médico-pédagogique d'Aokas (Le 29 janvier 2011) pour enfants et adolescents inadaptés mentaux pour une prise en charge psychologique.

Dans les antécédents médico-psychologiques de amine, une grossesse non désirée, avec des fréquentes hospitalisations pour des problèmes respiratoires juste après l'accouchement. On trouve aussi trois opérations pour un problème gynécologique.

Dans le développement psychomoteur de amine on note un retard au niveau ; de l'acquisition de la marche (acquise à l'âge de 24 mois), de l'acquisition de la position d'assis (acquise à l'âge de 20 mois), et de l'acquisition du langage (l'acquisition de la première phrase à l'âge de 4 ans).

On a effectué un entretien avec amine, grâce à un guide d'entretien qu'on a préparé à l'avance et qui nous a beaucoup aidé pour recueillir des informations sur le patient.

Pendant le déroulement de l'entretien on trouve des difficultés avec amine, car ce dernier est un peu agité, il répond difficilement à nos questions, il se déplace trop, il ne peut pas rester assis.

On a commencé avec des questions concernant la personne, l'âge, le nombre de frères et sœurs, le niveau scolaire, mais il n'a pas répondu correctement sur aucune question.

On suite on a essayé de lui poser quelques questions concernant ses relations avec sa famille et ses amis, par exemple *on lui demandé de nous décrire sa relation avec ses parents et ses deux sœurs ?*, il a répondu comme suite « oui mon père, mes sœurs » (silence).

Une autre question, amine t-a des amis ? « Oui j'ai des amis mais je les aime pas » *pourquoi ?* « Parce que j'ai des problèmes avec eux » avec un grand sourire « ma mère me laisse pas sortir avec eux ».

Pour savoir le niveau de l'acquisition de schéma corporel chez amine et de l'organisation spatio-temporelle, on lui a posé des questions concernant la connaissance des parties de son corps. *Amine tu connais bien les parties de ton corps ?* Il a répondu avec un « oui », *quelles ont les parties que tu connais mieux ?* « Silence » je ne sais pas » et tu peux me montre ses parties sur ton corps ? « Oui »

Amine nous a montré que sa tête, mais au même temps il cherche à nous montrer d'autres parties sur son corps mais sans rien dire, ensuite il a dit « si tout je connais pas »

Ensuite on a posé des questions concernant l'organisation spatio-temporelle. *Amine à quel heure tu es venu aujourd'hui ?* Elle a répondu « à minuit ». *amine on est quel jour aujourd'hui ?* « Je ne sais pas », *amine montre moi votre côté droit ?* « Silence », et *le côté gauche ?* « Elle m'a montré avec son doigt le plafond ». ? Il a répondu « à minuit », *amine A quelle heure sors-tu ?* « Je ne sais pas ».

A la fin de notre entretien on a posé pour amine des questions concernant l'activité de dessin, amine tu aime dessiner ? Elle a répondu « oui » et tu aime dessiner quoi exactement ? « Les yeux, la tête » et tu peux me dessiner un bonhomme ? « Oui ».

2. La passation de test :

Pour savoir l'organisation spatio-temporelle chez amine, on a utilisé le test de bonhomme de goodenough. On a demande a Ferhat de nous faire un dessin d'un bonhomme sur une feuille blanche avec un crayon noir sans utilise une gomme sous la consigne suivante : Ferhat « sur cette feuille, tu va dessiner un bonhomme. Fais le meilleur dessin que tu peux. Prends ton temps et travail le plus possible. » Pendant la réalisation du dessin on a essaye d'encourage amine « oui c'est bien contenue ».

3. L'analyse du dessin :

Après l'analyse du dessin d'amine, on a constaté que son dessin consiste simplement en un griffonnage sans but, et selon les règles de cotation de F.Goodnough le bonhomme qui n'est pas reconnaissable, est cote zéro

Mais les dessins de ce genre prennent fréquemment la forme d'un cercle grossier, on donne la cote un. On a demande pour amine de nous donner quelques explications sur le cercle qu'il a réalisé sur sa feuille ; et il nous a donné des réponses selon les grandes parties du corps de l'être humain comme par exemple, le visage, les pieds, les mains.

Pour faire une bonne analyse pour le dessin on va utilise la méthode de goodenough pour l'obtention d'un barème que nous allons utilise et pour arrive aussi a des bonnes résultats :

1. présence de la tête.....	1
2. présence des jambes.....	1
3. présence des bras.....	1
4a. Présence du tronc.....	1

4b. Tronc plus haute que large.....	0
4c. Epaules nettement indiquées.....	0
5a. Bras et jambes attache.....	0
5b. Attaches à l'endroit exacte.....	0
6a. présence du cou.....	1
6b. Prolongement ligne du cou.....	0
7a. Présence des yeux.....	1
7b. Présence de nez.....	1
7c. Présence de la bouche.....	0
7d. Nez et bouche en deux dimensions.....	0
7e. Narines indiquées.....	0
8a. Cheveux représentés.....	0
8b. Cheveux couvrant bien la tête.....	0
9a. Présence des vêtements.....	0
9bAu moins deux pièces de vêtement.....	0
9c. Aucune transparence.....	0
9d. Au moins quarts pièces de vêtement.....	0
9e. Vêtement complet.....	0
10a. Présence des doigts.....	0
10b. Nombre corrects de doigts.....	0
10c. Détails corrects des doigts.....	0

10d. Opposition du pouce.....	0
10e. Mains distinctes des doigts et des bras.....	0
11a. Articulation des bras.....	0
11b. Articulation des jambes.....	0
12a. Proportion de la tête.....	0
12b. Proportion des bras.....	0
12c. Proportion des jambes.....	0
12d. Proportion des pieds.....	0
12e. Bras et jambes en deux dimensions.....	0
13. Talon indique.....	0
14a. Coordination motrice par le contour.....	0
14b. Coordination motrice par les articulations.....	0
14c. Coordination motrice par articulation de la tête.....	0
14d. Coordination motrice des articulations du tronc.....	0
14e. Coordination motrice des bras et des jambes.....	0
14f. Coordination motrice de la physionomie.....	0
15a. Présence des oreilles.....	0
15b. Présence des oreilles avec bonnes proportions et positions.....	0
16a. Détails des yeux, cils, sourcils ou les deux.....	0
16b. Détails des yeux, présence des pupilles.....	0
16c. Proportion des yeux.....	0

16d. Regard.....	0
17a. Menton et front présents.....	0
17b. Menton nettement distinct de la lèvre inférieure.....	0
18a. Tête tronc et pieds de profil.....	0
18b. Profil parfait sans les erreurs tolérées précédemment.....	0

L'âge réel d'amine c'est 12 ans

Le nombre de points par l'âge : 7 points

L'âge mental par point c'est 4 ans

Pour calculer le quotient intellectuel QI d'amine en divisant l'âge mental AM par l'âge réel AR multiplie par 100.

$$QI = 4/12 = 33,33$$

Amine présente un retard mental profond.

Après l'analyse de l'entretien clinique qu'on effectue avec amine, et l'analyse du dessin du bonhomme on trouve que amine n'a pas d'acquisition du schéma corporel donc elle a une faible capacité d'organisation spatio-temporelle.

Dans le dessin du bonhomme on ne trouve aucune présence d'élément du corps, mais après une demande d'explication amine nous a montré sur son dessin la tête du bonhomme et les pieds aussi, et ses éléments sont prononcés par amine dans l'entretien clinique.

Donc on constate qu'il y a une corrélation entre l'analyse de l'entretien clinique et les résultats du dessin du bonhomme.

4) Synthèse du cas

« Amine » est un enfant de 12 ans, son incapacité d'organisation spatio-temporelle mène à l'incapacité de réaliser le dessin du bonhomme et de répondre à l'entretien clinique.

6. Sixièmes cas « Katia »

1. Présentation de cas :

Katia est né le 21 aout 2001 (selon son dossier psychopédagogique), il à 13ans, il présente un retard mental profond associe a un trouble de mémoire diagnostiquer au moment de sa scolarisation.

Le niveau scolaire de Katia est de deuxième année primaire ensuite il a été oriente vers le centre médico-pédagogique d'Aokas (le 15 septembre 2010) pour enfant et adolescent déficient mentaux, pour une prise en charge psychologique.

Dans les antécédentes médico-psychologiques de Katia on trouve une grossesse désirée et un accouchement normal.

Dans le développement psychomoteur on note un retard au niveau ; de l'acquisition de la marche (acquise a l'âge de 3ans et 6 mois), et de l'acquisition de la propreté (acquise a l'âge de 5 ans).

On a effectue un entretien avec Katia, grâce a un guide d'entretien qu'on a prépare a l'avance qui nous idée pour accueillir des informations sur le patient.

Katia est une enfant très agite, et pour cela qu'on a trouve des difficultés pondant le déroulement de l'entretien, il bouge trop, il parle rapidement, il tous au même temps, et c'est difficile de comprendre se qu'il veut dire.

Pendant l'entretien on a constaté qu'il souffre d'un trouble de mémoire, il ne souvient pas de son prénom, ni son âge, ni de son niveau scolaire.

On a essaye de lui pose quelques questions concernant ses relations avec ses parents et ses frères, et il a répondu comme suite, « mon père m'achète des trucs, il me frape trop, je n'aime pas ma mère elle me frape aussi », ensuite on a lui posé une autre question Katia ta des amis « je n'ai pas besoins des amis » pourquoi Katia « parce que ils ne sont pas normale, (silence) ».

Pour savoir le niveau de l'acquisition de schéma corporel chez Katia et de l'organisation spatio-temporelle, on lui a posé des questions concernant la connaissance des parties de son corps. *Katia tu connais bien les parties de ton corps ?* Il a répondu avec un « oui », quelles ont les parties que tu connais mieux ? « Oui je connais la tête, les yeux, les bras, le nez » *et tu peux me montrer ses parties sur ton corps ?* « Oui je peut »

Katia nous a montré ses bras, ses yeux à la place de sa bouche, et il a montré sa bouche à la place de son nez.

Ensuite on a posé des questions concernant l'organisation spatio-temporelle. *Katia à quel heure tu es venu aujourd'hui ?* Elle a répondu « la nuit ». *Katia on est quel jour aujourd'hui ?* « Je ne sais pas », *Katia montre moi votre côté droit ?* « Il nous a montré sa tête », *et le côté gauche ?* « Silence ». *Katia à quelle heure sors-tu ?* Il a répondu « après » *quand Katia ?* « J'ai dit après »

À la fin de notre entretien on a posé pour Katia des questions concernant l'activité de dessin, *Katia tu aime dessiner ?* Elle a répondu « oui » *et tu aime dessiner quoi exactement ?* « Les yeux, un lapin, un chat » *et tu peux me dessiner un bonhomme ?* « Oui ».

2. La passation de test :

Pour savoir l'organisation spatio-temporelle chez amine, on a utilisé le test de bonhomme de goodenough. On a demandé à Katia de nous faire un dessin d'un bonhomme sur une feuille blanche avec un crayon noir sans utiliser une gomme sous la consigne suivante : *Katia « sur cette feuille, tu vas dessiner un bonhomme. Fais le meilleur dessin que tu peux. Prends ton temps et travaille le plus possible. »* Pendant la réalisation du dessin on a essayé d'encourager amine « oui c'est bien contenu ».

3. L'analyse du dessin :

Après l'analyse du dessin de Katia, on a constaté que son dessin consiste simplement en un griffonnage sans but, et selon les règles de cotation de F.Goodnough le bonhomme qui n'est pas reconnaissable, est cote zéro

Mais les dessins de ce genre prennent fréquemment la forme d'un cercle grossier, on donne la cote un. On a demandé pour aminer de nous donner quelques explications sur le cercle qu'il a réalisé sur sa feuille ; et il nous a donné des réponses selon les grandes parties du corps de l'être humain comme par exemple, les pieds, la tête, les yeux, le nez et les mains.

Pour faire une bonne analyse pour le dessin on va utiliser la méthode de Goodenough pour l'obtention d'un barème que nous allons utiliser et pour arriver aussi à de bons résultats.

1. présence de la tête.....	1
2. présence des jambes.....	1
3. présence des bras.....	1
4a. Présence du tronc.....	0
4b. Tronc plus haute que large.....	0
4c. Epaules nettement indiquées.....	0
5a. Bras et jambes attache.....	0
5b. Attaches à l'endroit exacte.....	0
6a. présence du cou.....	0
6b. Prolongement ligne du cou.....	0

7a. Présence des yeux.....	1
7b. Présence de nez.....	1
7c. Présence de la bouche.....	0
7d. Nez et bouche en deux dimensions.....	0
7e. Narines indiquées.....	0
8a. Cheveux représentés.....	0
8b. Cheveux couvrant bien la tête.....	0
9a. Présence des vêtements.....	0
9b Au moins deux pièces de vêtement.....	0
9c. Aucune transparence.....	0
9d. Au moins quarts pièces de vêtement.....	0
9e. Vêtement complet.....	0
10a. Présence des doigts.....	0
10b. Nombre corrects de doigts.....	0
10c. Détails corrects des doigts.....	0
10d. Opposition du pouce.....	0
10e. Mains distinctes des doigts et des bras.....	0
11a. Articulation des bras.....	0
11b. Articulation des jambes.....	0
12a. Proportion de la tête.....	0
12b. Proportion des bras.....	0

12c. Proportion des jambes.....	0
12d. Proportion des pieds.....	0
12e. Bras et jambes en deux dimensions.....	0
13. Talon indique.....	0
14a. Coordination motrice par le contour.....	0
14b. Coordination motrice par les articulations.....	0
14c. Coordination motrice par articulation de la tête.....	0
14d. Coordination motrice des articulations du tronc.....	0
14e. Coordination motrice des bras et des jambes.....	0
14f. Coordination motrice de la physionomie.....	0
15a. Présence des oreilles.....	0
15b. Présence des oreilles avec bonnes proportions et positions.....	0
16a. Détails des yeux, cils, sourcils ou les deux.....	0
16b. Détails des yeux, présence des pupilles.....	0
16c. Proportion des yeux.....	0
16d. Regard.....	0
17a. Menton et front présents.....	0
17b. Menton nettement distinct de la lèvre inférieure.....	0
18a. Tête tronc et pieds de profil.....	0
18b. Profil parfait sans les erreurs tolérées précédemment.....	0

L'âge réel de Katia c'est 13 ans

Le nombre de points par l'âge : 05 points

L'âge mental par point c'est 4 ans

Pour calculer le quotient intellectuel QI de Katia en divisant l'âge mental AM par l'âge réel AR multiplie par 100.

$$QI = 04/13 = 30$$

Katia présente un retard mental profond.

Après l'analyse de l'entretien clinique qu'on a effectuée avec Katia, et l'analyse de dessin de bonhomme, on trouve que Katia n'a pas d'acquisition du schéma corporelle donc elle a une faible capacité d'organisation spatio-temporelle.

Dans l'entretien Katia il n'a pas répondu à aucunes questions concernant l'organisation spatio-temporelle.

Dans le dessin du bonhomme on trouve aucune éléments du corps, mais après une demande d'explication, Katia nous a montré sur son dessin la tête, les pieds, les yeux, la bouche, et ses éléments sont prononcés par Katia dans l'entretien clinique.

Donc on constate qu'il y a une corrélation entre l'analyse de l'entretien clinique et les résultats du dessin du bonhomme.

4) La synthèse du cas : « Katia » est une fille de 13 ans, qui présente une déficience mentale profonde, son incapacité de l'organisation spatio-temporelle mène à l'incapacité de répondre à l'entretien et à la réalisation de dessin du bonhomme.

Les résultats de test de dessin du bonhomme :

On a récolté les résultats de test de dessin du bonhomme sous forme d'un tableau suivant :

sujet	Quotient intellectuel (QI)	Type de la déficience
chafia	50	Déficience mentale moyen
mazighe	50	Déficience mentale moyen
narimane	55,55	Déficience mentale moyen
Ferhat	56,25	Déficience mentale moyen
amine	33,33	Déficience mentale profonde
Katia	30	Déficience mentale profonde

II) La discussions de l'hypothèse :

On cite notre hypothèse qui est « les enfants déficients mentaux ayant des capacités de l'organisation spatio-temporelle ».

Les enfants déficients mentaux n'atteignent jamais un niveau intellectuel normal, ils possèdent des capacités limites sur tous les niveaux, la compréhension, la concentration, l'attention, la mémorisation, cela se signifie pas l'absence totale de capacité de l'organisation spatio-temporelle surtout chez les enfants qui présente une déficience mentale moyen.

Après la passation du dessin du bonhomme pour les six cas des enfants qui présentent une déficience mentale, on constate que les enfants qui présentent une déficience mentale moyenne ayant un niveau moyen d'organisation spatio-temporelle comme le cas de chafia, mazighe, et narimane, et Ferhat.

Les enfants qui présent une déficience mentale profond, on trouve une mauvaise organisation spatio-temporelle comme le cas de amine et Katia.

Les résultats de notre recherche qui se base sur (la passation du test du dessin du bonhomme, et l'entretien clinique), non renseignant sur l'organisation spatio-temporelle et le niveau de la déficience mentale.

Ses résultats son contribuer après avoir estimez l'hypothèse que nous avez formulée. Il reste que notre population présente les niveaux retards mental, et des déférents niveaux d'organisation spatio-temporelle, et la qualité de cette organisation dépend des capacités intellectuelles et du niveau d'intelligence de chaque cas de notre population.

On fait tout ce travail pour confirmer notre hypothèse, mais nos résultats on ne peut pas les généraliser par ce que sa représente pas la population mère reste non représentatif, mais sa reste une petite contribution qui présente notre société.

Conclusion générale

La conclusion

L'enfant présente une déficience mentale possède une capacité restreinte sur le plan intellectuel, mais il présente d'autres capacités cognitives telles que la perception et l'organisation spatio-temporelle.

Cette étude montre que les enfants présentant une déficience mentale ne disposent pas d'un grand problème d'organisation spatio-temporelle, et montre que chaque enfant déficient mentalement moyen dispose de capacité de l'organisation spatio-temporelle, chacun à son niveau, à son degré de l'organisation spatio-temporelle.

Le test du dessin du bonhomme permet de tester le niveau de l'organisation spatio-temporelle de chaque cas de notre étude, et montre que les enfants déficients mentaux moyens disposent de capacité de l'organisation spatio-temporelle, contrairement aux enfants qui présente une déficience mentale profonde ayant une faible capacité d'organisation spatio-temporelle, chaque enfant déficient mental a son niveau.

Enfin, à la lumière de notre recherche, on est arrivé finalement à réaliser ce travail et de montrer que les enfants qui présentent une déficience mentale disposent des différentes capacités au niveau de l'organisation spatio-temporelle.

La bibliographie

I) Les ouvrages :

- 1) Américain psychiatric association (2000), « **mini DSM-IV-TR, critère diagnostiques** », paris, Masson.
- 2) Bucher. (H), (1978), « **approche de la personnalité de l'enfant par l'examen psycho-moteur** », paris, Ed Masson.
- 3) Catherine Tourette & Michèle guidetti (2004), « **handicapes et développement psychologique de l'enfant** », Armand colin, paris
- 4) Carlier. Michele. & Ayoune.Chthrine. (2007). « *Déficiences intellectuelles et intégration sociale* », Wavre.
- 5) De meur. (A) & steas.(L), (1985) « **psychomotricité éducation et rééducation** », paris, Ed belin.
- 6) Djaouida Petot, (2003) « **l'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant** », Dunod, paris.
- 7) Francine lussier&Janine flessas, (2001), « *Neuropsychologie de l'enfant* », paris, Dunod.
- 8) Jean-Marie Dolle, (1999), « **pour comprendre jean Piaget** », paris, Ed Dunod.
- 9) Henri Lahalle & Daniel millier (2002), « **psychologie du développement d'enfance et d'adolescence** », Paris, Dunod.
- 10) Khadidja Chahraoui. &Hervé Benony , (1999), « **entretien clinique** », Paris, Dunod.
- 11) Lambert, Jean .Luc, (1986). « *Handicap mental et société* », Cousset Suisse, Ed. Delval.

- 12) Pasquasy. (R), (1967). « **le test du dessin d'un bonhomme de FI. GOODENOUGH** », copy right, paris.
- 13) René Zazzo, (1979). « *Les déficiences mentales* ». Paris, Armand Colin
- 14) Vassilis. Kapsambelis, (2012) « **manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte** », France, Quedrice.

I) Les dictionnaires :

- 1) Bloche.Henriette.et Coll. (1999), « **le grand dictionnaire de la psychologie** », paris, Larousse.

II) Les sites internet

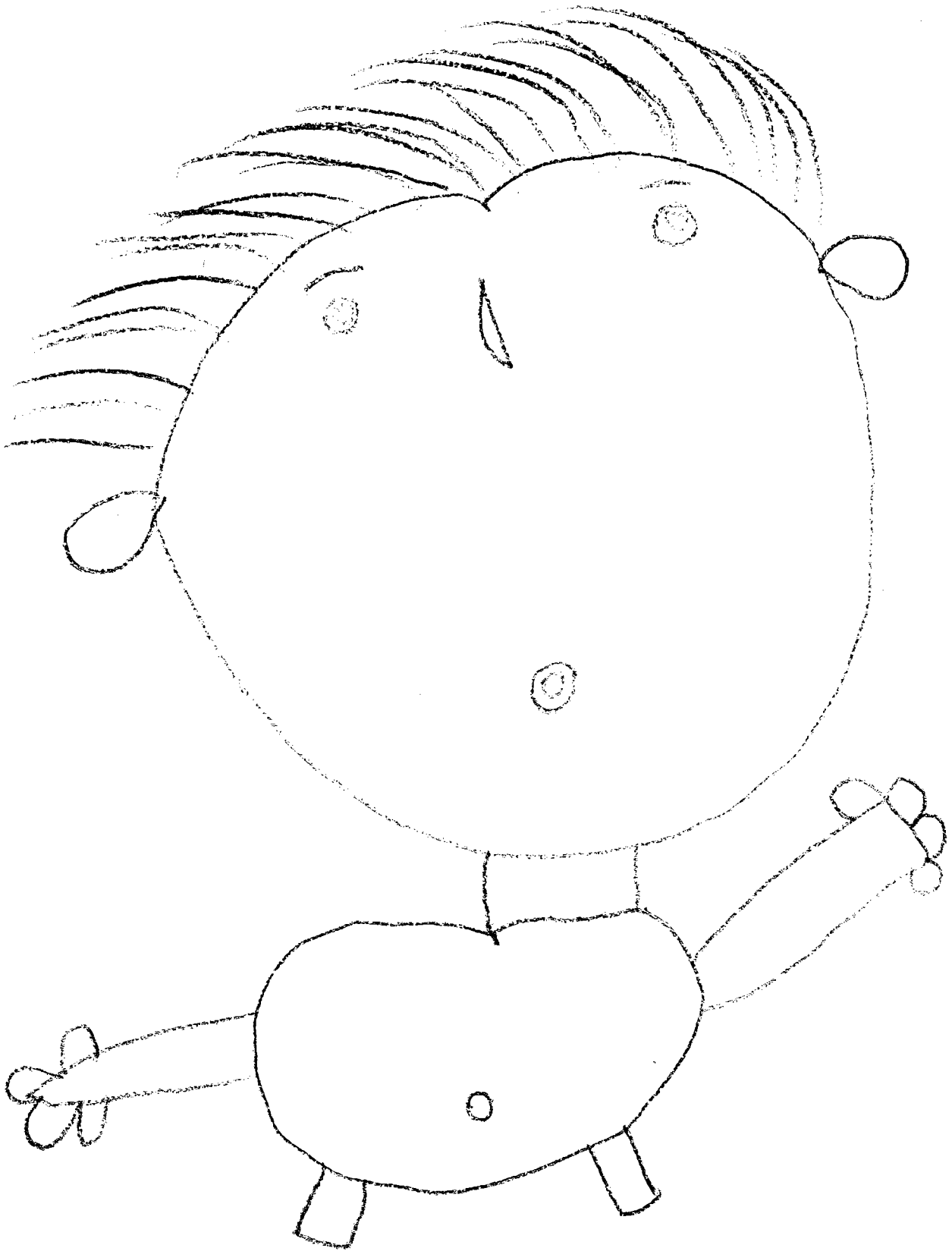
(Http : www.fnair.asso.fr/déficiencementale/édit84.PDF) consulté le (19/03/2015 à 18 : 30).

Les annexes

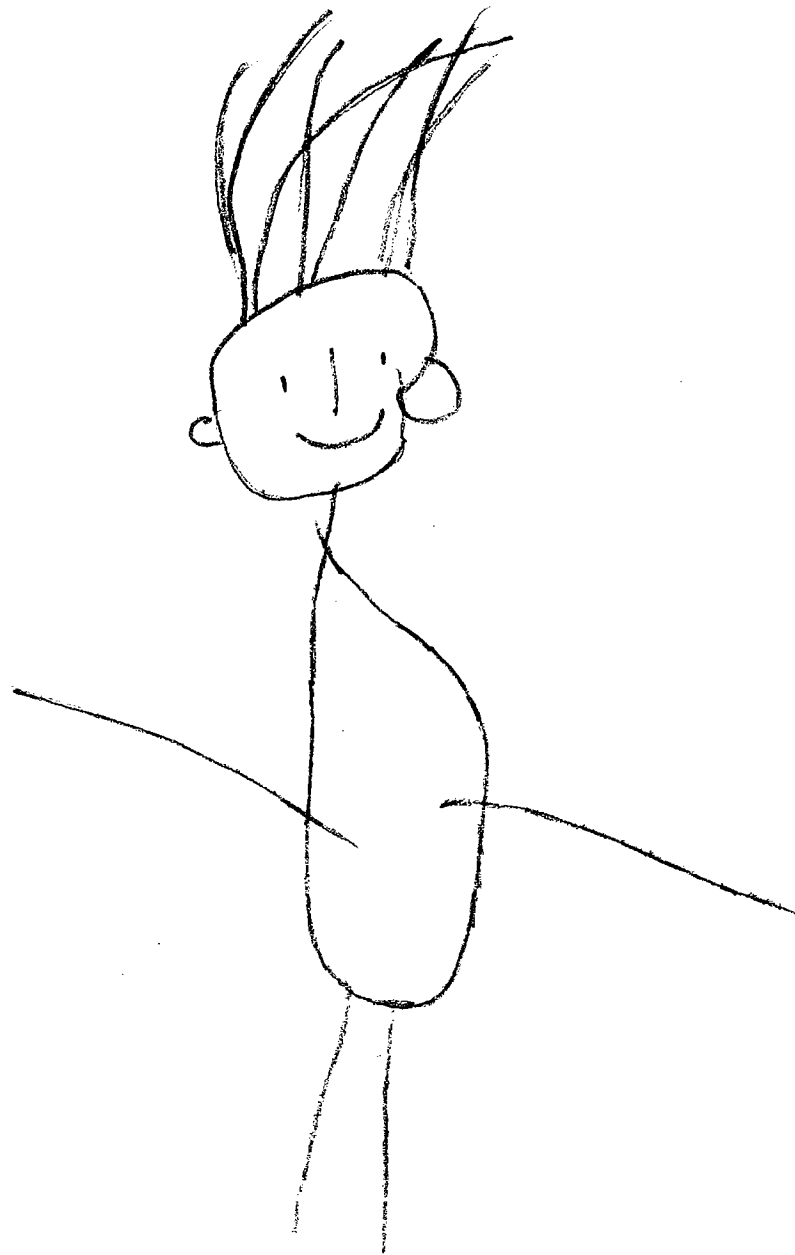
Annexe A :

Les dessins réalisés par les cas
d'étude

T. Derrin B.H.
Chafia
16 ans
Déficience mentale
Mogeu



T. Derrin B.H.
Mozighe
1000s
Deficiency Mentol
Moyen



T. Deffu B.H.

Maxima

9 ans

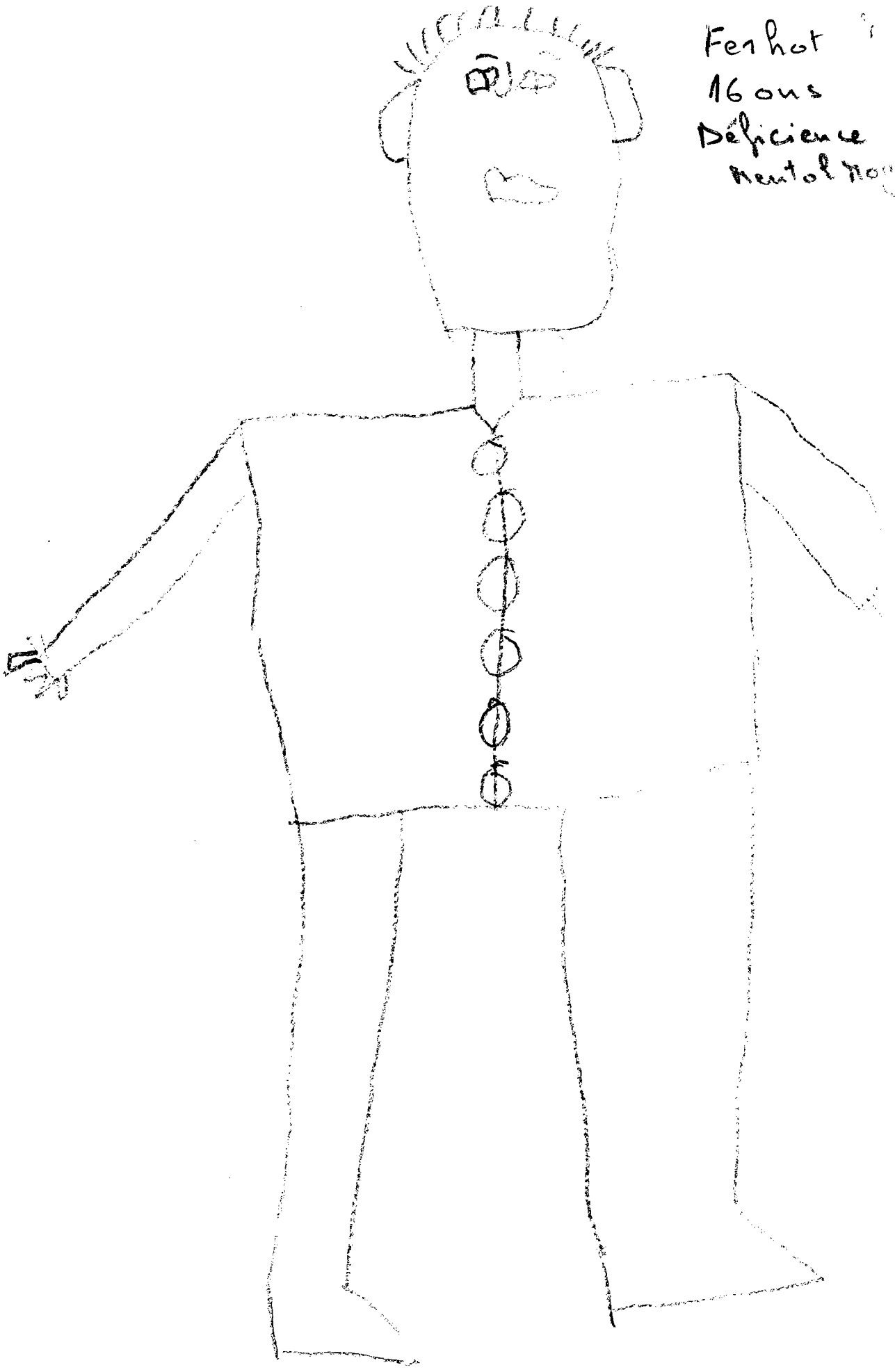
Déficience M
Moyen



Handwritten scribbles and marks on the left side of the page, including a wavy line and some illegible characters.

I. Derrin B.M

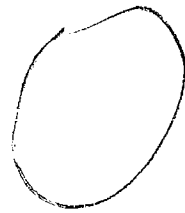
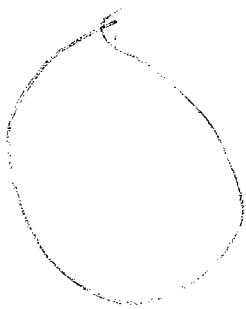
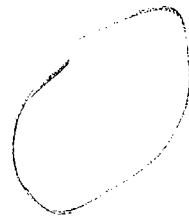
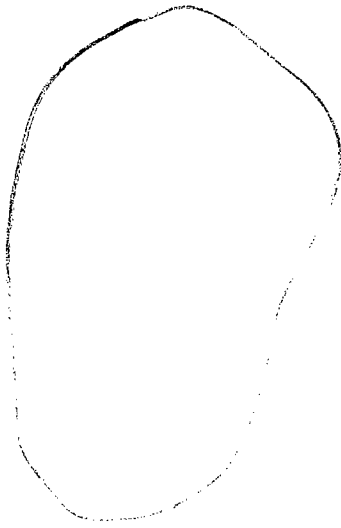
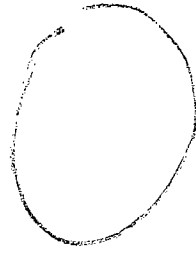
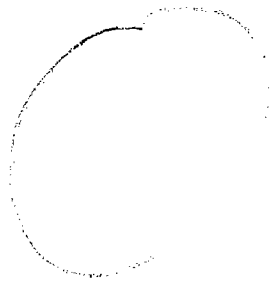
Fer hot
16 ons
Deficiencie
Nentol 1100



T. Delrain B.-H
Amine
18 ans
Déficient
profond



T. DeYon Bar
Katie
13 ans
Défiance.M.
profond



Annexe B

Emploi du temps

EMPLOI DU TEMPS

Classe : Adolescent/Niveau moyen

Année scolaire : 2014/2015

horaires jours	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi
8h30 - 9h00	Notion de temps Chant	S	Notion de tems Chant /Toilette	Notion de temps Toilette	Notion de Toilette
9h00 - 9h30					
9h30 - 10h00	Pré-Calcul	O	Latéralité	Leçon de Grandeur	Sensoriel
10h00 - 10h30	Récréation	R e c r e a t i o n			
10h30 - 11h00	Forme	R	Schéma corporel	S	Pré-calcul
	Couleur				
11h00 - 11h30	T. Manuel	T	Leçon d'observation	O	Psychomotricité
11h30 - 12h00	Jeux		T. Manuel	R	Activité culinaire
				T	
				I	
				E	

Educatrice :

Chargé pédagogique
 Mme IKHLEF Zina

EMPLOI DU TEMPS

Classe : Préparatoire ■

Année scolaire : 2014/2015

horaires	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi
8h30 - 9h00	Habillage + chant	Habillage + Chant	Habillage + Chant	Habillage + Chant	Habillage + Chant
9h00 - 9h30	Toilette	S	Toilette	Toilette	Toilette
9h30 - 10h00	Leçon de couleur	P	Causerie	Leçon de forme	Leçon de grandeur
10h00 - 10h30	Récréation	O		Recréation	
10h30 - 11h00	T. Manuel	R	Sensoriel	Sortie	
11h00 - 11h30	Psychomotricité	T	Schéma corporel	Pédagogique	Vie pratique
11h30 - 12h00	Jeux		T. expression	Pédagogique	Jeux

Educatrice : Mme Chabane

Chargé pédagogique
 Mme IKHLEF Zina

Annexe C

Guide d'entretien :

Axe I : les informations concernant la personne :

- Quel est ton nom?
- Quel âge as-tu ?
- Quel est ton niveau scolaire ?
- Combien de frères et de sœurs as-tu ?

Axe II : les informations sur ses relations avec sa famille et ses amis dans le centre :

- Décris- moi ta relation avec tes parents et tes frères ?
- Est-ce-que tu as des amis dans le centre et en dehors du centre ?
- Est-ce que tu t'entends bien avec eux ?
- Aimes-tu venir au centre ?

Axe III : des informations concernant la connaissance des parties du corps :

- Connais-tu bien les parties de ton corps ?
- Quels sont les parties que tu connais mieux ?
- Peux-tu me les montrer ?

Axe IV : des informations concernant l'organisation de temps et de l'espace :

- A quelle heure es-tu venue aujourd'hui ?
- On est quel jour aujourd'hui ?
- Connais-tu les jours de la semaine ?
- Peux-tu me montre ton côté gauche et ton côté droit ?
- A quel heur sors-tu de ce centre ?

Axe V : informations concernant l'activité de dessin :

- Aimes-tu dessiner ?
- Dessines-tu bien ?
- Qu'est-ce que tu aimes dessiner exactement ?
- Peux-tu me dessiner un bonhomme ?