



UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN
PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Thème :

**L'estime de soi chez les enfants trisomiques
atteints d'un retard mental léger.**

Préparé par :

HADDOUR Kheireddine

HAMOUDI Ibtissem

Encadré par :

Mme : HADERBACHE Lamia

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2016-1017

Remerciement

Avant tout, nous aimerions remercier dieu le tous puissant de nous avoir donné la volonté et la patience de pouvoir mener ce modeste travail.

Nous remercions également et sincèrement :

Notre promotrice, Mme : HADERBACHE Lamia pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer, pour sa patience, ses conseils et sa meilleure qualité d'encadrement.

A l'ensemble des membres de jury d'avoir accepté d'examiner et évaluer ce travail.

A l'ensemble des personnels de l'association aux inadaptés mentaux –IHADADEN- et aux mères des sujets de recherche qui ont accepté de participer à l'étude.

Merci aussi a tout les sujets de la recherche.

Nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près et de loin à la réalisation de ce travail.

DEDICACES

En signe de respect Et de remerciement, je dédie ce modeste travail A mes chers parents pour le soutien et l'amour qu'ils ont pu me donner à chaque instant, Ils sont toujours à mes cotés, que dieu vous gardent.

A mes frères et ma sœur : Moussa, Hacem et soraya qui mon toujours soutenu dans les moments difficiles et a qui je suis et je serai reconnaissante.

A mes deux belles sœurs : Houda et Nina et a mon beau frère Abdelghani.

A mes deux chers neveux : Ilasse et Youba.

Et à mes chères amies et sœurs : Zina, Nissa, sylvia, Anissa, lynda, Sonia et Karima pour leurs amours et amitié. Elles étaient toujours la pour me soutenir, m'aider et m'écouter, que dieu les protège et les procure joie et bonheur, et que notre amitié reste à jamais.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

Ibtissem

DEDICACES

Je dédie ce travail

A ma chère mère, pour tout les efforts et les sacrifices qui ne sont jamais cessé de con sentir pour mon instruction et mon bien être, que dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez notre flambeau illuminant.0

A mon père, qui ne cesse jamais de m'apporter le soutien et l'encouragement. Que dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie.

A mes chers frères, Djamel, Youcef, Sadik et younes, qui mon toujours soutenu surtout par leurs conseils , puisse dieu tout puissant jouir leurs vies.

A mes chères sœurs Lynda et Fayrouz, qui ont su me comprendre dans mes moments difficiles et a qui je suis et je serai toujours reconnaissant.

A mes belles sœurs Nassima, Mounia et Saida.

A mes chers nièces et neveux : Ahlem, Tiriza, Farah, Zindine et Adam.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

Kheireddine

Liste des abréviations

AAMR: American association of mental retardation.

APA: American psychiatric association.

CIF-EA: Classification internationale de fonctionnement du handicap et de la santé version pour enfant et adolescent.

CIM-10 : Classification internationale des troubles mentaux.

DASS : Direction de l'action sociale et de la solidarité.

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ORL : Oto-rhino Laryngologie.

QI : Quotient intellectuel.

Liste des tableaux

Numéro de tableau	Titre de tableau	Page
Tableau n° 01	Les caractéristiques de notre groupe de recherche	75
Tableau n° 02	les items positifs et négatifs de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.	81
Tableau n° 03	la composition de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.	82
Tableau n° 04	La grille de correction de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.	83
Tableau n° 05	Les niveaux d'estime de soi selon l'inventaire de Cooper Smith :	84
Tableau n° 06	Valeurs et caractéristiques des échelles	85
Tableau n° 07	présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas Céline.	96
Tableau n° 08	présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas Maya.	103
Tableau n° 09	présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas Alicia.	110
Tableau n° 10	présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas Ilasse.	118
Tableau n° 11	présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas Omar	126
Tableau n° 12	Tableau récapitulatif des 5 cas	133

Liste de la figure

Numéro de Figure	Titre de Figure	Page
Figure n° 01	Histogramme de cas Céline	96
Figure n° 02	Histogramme de cas Maya	103
Figure n° 03	Histogramme de cas d'Alicia	110
Figure n° 04	Histogramme de cas Ilasse	118
Figure n° 05	Histogramme de cas Omar	126
Figure n° 06	Histogramme des 5 cas	134

Liste des annexes

Numéro de l'annexe	Titre de l'annexe
Annexe n° 01	Guide d'entretien clinique semi-directif
Annexe n° 02	Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith
Annexe n° 03	Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith du cas Céline
Annexe n° 04	Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith du cas Maya
Annexe n° 05	Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith du cas Alicia
Annexe n° 06	Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith du cas Ilasse
Annexe n° 07	Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith du cas Omar
Annexe n° 08	Nombre de Personnes Titulaire de Carte d'handicapés selon la Direction de l'action sociale et de la solidarité -Bejaia-

Sommaire

Introduction.....	01
-------------------	----

Partie théorique

Chapitre I : L'estime de soi

Préambule.....	07
Axe I : Le soi.....	07
1. Définition du soi.....	07
2. Les théories du soi.....	08
3. Les principales caractéristiques du concept du soi.....	09
Axe II : L'estime de soi.....	11
1. Définition de l'estime de soi.....	11
2. Les théories de l'estime de soi.....	12
3. Les type de l'estime de soi.....	14
4. Les composantes de l'estime de soi.....	15
5. Les 3 piliers de l'estime de soi.....	16
6. Les caractéristiques d'une personne qui s'estime.....	17
7. Les caractéristiques du manque d'estime de soi.....	18
8. Les principales peurs à surmonter pour la construction de l'estime de soi.....	19
9. L'estime de soi et la déficience mentale.....	20
Synthèse du chapitre.....	20

Chapitre II : L'enfant

Préambule.....	23
1. Définition de l'enfant.....	23
2. Les stades de développement psychologique de l'enfant.....	24
3. Le développement psychologique des enfants handicapés mentaux.....	31
4. Le développement psychologique des enfants trisomiques.....	33
Synthèse du chapitre.....	35

Chapitre III : Le retard mental

Préambule.....	37
Axe I : Le handicap	37
1. Définition.....	38
2. Handicap et concepts apparentés.....	39
3. Définition du handicapé.....	40
4. Les différents types du handicap.....	40
5. Etiologie du handicap.....	41
6. découverte et annonce du handicap.....	42
Axe II : Retard mental	43
1. Définition.....	43
2. Retard mental et concepts connexes.....	44
3. Symptomatologie du retard mental.....	44
4. Prévalence de retard mental.....	45
5. Evolution.....	45
6. Critère diagnostiques.....	46
7. Niveau de sévérité du handicap intellectuel.....	47

8. Etiologie de retard mental.....	48
9. Type du retard mental.....	50
10. Perspective d'intervention.....	51
Axe III : La trisomie 21.....	55
1. Définition.....	55
2. Les forme connues de la trisomie 21.....	56
3. Etiologie de la trisomie 21.....	57
4. Les caractéristiques physiques des enfants trisomiques.....	58
5. Que peut-on apporter aux personnes atteintes de trisomie.....	59
6. Prise en charge, éducative et insertion scolaire des enfants trisomiques..	60
Synthèse du chapitre.....	62
1. Problématique et hypothèse.....	64
2. Opérationnalisation des concepts.....	67

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	72
1. Objectif de la recherche.....	72
2. Raisons du choix du thème.....	72
3. But de la recherche.....	72
4. Les limite de la recherche.....	73
5. La méthode clinique.....	73
6. Présentation de lieu de recherche.....	74

7. Présentation de groupe de recherche.....	75
8. Les outils de la recherche.....	76
9. Déroulement de la recherche.....	85
10. L'attitude de chercheur.....	87
11. Les difficultés rencontrées.....	88
Synthèse du chapitre.....	89

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

Axe I : Présentation et analyse des résultats.....	91
1. Cas N°01 : Céline.....	91
2. Cas N°02 : Maya.....	98
3. Cas N°03 : Alicia.....	105
4. Cas N°04 : Ilasse.....	112
5. Cas N° 05 : Omar.....	120
Axe II : Synthèse des résultats et discussion des hypothèses.....	128
Conclusion	135
Liste bibliographique.....	138
Anexes	

Introduction

On considère de plus en plus l'estime de soi comme fondamentale pour le bien-être psychologique de l'être humain dans le milieu de la santé mentale, vue qu'il est le résultat d'une auto-évaluation. Il s'agit en quelque sorte d'un baromètre révélant dans quelle mesure nous vivons en concordance avec nos valeurs.

L'estime de soi se manifeste par la fierté que nous avons d'être nous-même et repose sur l'évaluation continue de nos actions, que nous ayons conscience ou non et l'évaluation que nous faisons de nos comportements nous atteints toujours, il est une dimension fondamentale de notre personnalité et pour nous sentir bien dans notre peau nous avons besoin d'être aimé et appréciés et de nous sentir compétent. Ce besoin de valorisation aux yeux des autres guide toutes nos activités. Porter un regard positif sur nous-mêmes est donc vital pour notre équilibre psychologique, car il nous donne le sentiment de sécurité interne pour faire face aux difficultés de la vie.

En outre, un jugement négatif, par contre entraîne des souffrances pouvant avoir des conséquences désastreuses sur l'épanouissement d'une personne et sur l'efficacité de ses actions.

Dans ce contexte, l'enfance est une période de l'évolution qui se situe au début de son existence, elle débute dès les premiers jours de vie d'un être humain et se termine à la puberté, qui marque le début de l'adolescence, l'enfance est une période cruciale dans la construction et la préparation de l'estime de soi pour les périodes qui suivent.

En effet, l'estime de soi d'un enfant diffère de celui d'un adulte, car chez l'enfant c'est beaucoup plus son entourage familial qui a le total travail pour développer le sentiment de confiance en lui, ce qui est un pas important vers l'estime de soi par la valorisation de ses efforts et ses succès.

Introduction

Par ailleurs, l'être humain est une entité biopsychologique, certains individus naissent en bonne santé physique et psychique, alors que d'autres naissent avec des troubles psychiques et/ou des maladies somatiques.

Dans notre recherche, on a choisi de travailler sur des enfants trisomique souffrant d'un « *Retard mental léger* », ce terme décrit un ensemble de trouble de l'intelligence dont les performances intellectuelle inférieurs à la moyenne explorée par des tests de QIs appropriés et qui est souvent associé à des syndromes neurologiques qui portent le plus souvent le nom de leurs illustres découvreurs comme le (syndrome de Down).

Ainsi, l'enfant présentant un retard mental léger présente une immaturité affective, un certain entêtement avec des persévérations, un manque de logique, un retard de langage ainsi un manque d'initiative majorée par un défaut des règles sociales.

De ce fait, le retard mental quel que soit sa sévérité est considérée comme un handicap mental, engendre un vécu particulièrement douloureux dans la psyché parentale qui à un impact sur le développement des liens parents-enfants ainsi que sur le développement de l'enfant.

Dans notre travail de recherche, on a adopté la théorie cognitivo-comportementale comme arrière plan théorique qui est la plus adéquate avec notre thème car elle s'intéresse au coté cognitive ; la pensée, les émotions et le comportement, à la description et à la compréhension des opérations mentales lors de situations diverses telles la perception, le raisonnement, la mémoire et le langage, elle convient aussi aux outils de recherche adoptés. De ce fait, elle nous permettra à coup sur d'apprécier la qualité de l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger.

Afin de réaliser notre recherche, on a utilisé le guide de l'entretien clinique semi directif avec l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith (forme scolaire)

Introduction

et on a choisi la forme scolaire car notre groupe de recherche sont des enfants scolarisées dans un centre psychopédagogique des inadaptés mentaux. Donc cela convient à notre population d'étude.

Notre lieu de recherche se trouve à –IHEDDADEN- Bejaia, dans le quel on a trouvé beaucoup de cas et parmi ses derniers on a constitué notre groupe de recherche, composé de cinq enfant retardés mentaux léger scolarisés, suivant nos critères de sélection.

Cette présente recherche porte donc sur « *l'estime de soi chez les enfants atteints d'un retard mental léger* » on va essayer décrire la nature de l'estime de soi chez les Enfants atteints d'un retard mental légers au sein du centre des inadaptés mentaux – IHADDADEN de Bejaia.

Ce présent travail contient deux parties : une partie théorique et une partie pratique après une introduction le contenu est comme suit :

La partie théorique est organisée autour de trois chapitres théoriques : le premier est consacré à l'étude de l'estime de soi, il aborde le concept de soi puis l'estime de soi. Le deuxième chapitre sera consacré à l'étude de l'enfant, en essaye d'aborder le développement psychologique chez un enfant normal et un enfant handicapé mental, on termine avec le troisième chapitre qui sera consacré au handicap, en abordant d'abord le concept de handicap, puis le retard mental et le retard mental léger et en termine avec la présentation théorique de la trisomie 21.

Après ce chapitre on trouve la problématique et l'hypothèse de notre recherche.

La partie pratique va être la suite logique, on va enchaîner de ce qui précède avec le quatrième chapitre qui va ce porter sur la méthodologie de recherche, on va parler sur notre pré-enquête, puis on va présenter le centre de recherche, ainsi que le groupe de recherche, ensuite les outils de recherche et leurs analyses, et

Introduction

enfin on va aborder le déroulement de notre enquête. Le cinquième et dernier chapitre va être consacré à la présentation, analyse et discussion des résultats de notre recherche (les résultats de l'entretien clinique semi directif et l'inventaire de Cooper Smith).

Enfin on a clôturé notre recherche par une conclusion, dont on va rappeler de façon synthétique les travaux précédents, ensuite dégager les principaux résultats obtenues, on a posé d'autres questions de perspectives concernant cette catégorie dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches, on termine avec une liste bibliographique et des annexes.

Partie théorique

Chapitre I
L'estime de soi

Préambule :

Les expériences vécues par un individu durant sa vie développent l'estime de soi. Des expériences positives peuvent favoriser le regard porté sur soi-même, contrairement aux expériences négatives qui défavorisent le regard porté sur soi-même. Aussi l'estime de soi renvoie à la valeur que l'on se donne de soi-même, et le sentiment que l'on a de notre dignité: digne d'être aimé, de réussir,... etc.

Dans ce présent chapitre on va commencer par définir le concept de soi, on va parler de ces principales caractéristiques et les théories qui l'abordent. En deuxième lieu, nous aborderons l'estime de soi en essayant de le détailler, citer ses théories, types, piliers, composantes et ses caractéristiques.

Axe I : Le soi :

On ne peut pas parler de l'estime de soi sans évoquer le concept de soi.

1. Définition de soi :

« Le concept de soi contient d'une part l'idéal de soi, c'est-à-dire le soi souhaité, et d'autre part la connaissance de soi; le soi perçus qui regroupe l'ensemble des perceptions qu'un individu a de lui-même et qui dépend notamment de ce que l'entourage lui renvoie de lui-même. La confrontation de l'idéal de soi et de la connaissance de soi va alors permettre l'émergence de l'estime de soi dont la valence dépendra de ce rapport ». (A-L. Padilla, 2009, p. 08).

Selon le petit Larousse de psychologie (2005) : *« devenir soi-même s'implique à une conscience éveillée ne se limite seulement au moi. Le soi comme unification de la conscience et de l'inconscience, le centre virtuel de l'individuation. Au sens large, le soi est le lieu ou le sujet reconnaît comme réellement existant ».* (Petit Larousse de la psychologie, 2005, p 894).

Pour W. James tout ce qui est personnel : le « moi » et le « mien », pour Freud, le soi est le prolongement inconscient du moi. Quand à C.G. Jung : il fait du soi une entité « sur –ordonnée » au moi, embrassent non seulement le conscient et l'inconscient, mais « aussi le but de la vie.». (N. Sillamy, 2003, p. 250).

A partir de ses définitions on peut démontrer que le concept de soi est primordial dans la construction et le développement de l'estime de soi.

2. Les théories du soi :

2.1. La théorie interactionniste symbolique :

Le postulat fondamental de l'interactionnisme symbolique est que l'individu et la société sont des unités inséparables, interdépendantes, se construisant réciproquement. Le soi et la société interagissent mutuellement, chacun n'étant pleinement compréhensible que dans le contexte de ces rapports avec l'autre. Les interactionnistes symboliques vont, Delors, considérer les concepts de soi des individus comme étant déterminés par leurs interactions symboliques avec autrui. (Goffman, 1959 ; Mead, 1934,1963) ont élaboré et employé le concept de soi comme une structure cognitive qui naît de l'interaction de l'organisme humain et de son environnement social.

Zavalloni et Guérin (1988), identifiés comme des interactionnistes symboliques, imaginent impossible qu'un individu seul puisse extérioriser ses propres points de vue. (D. Martino, 1995, p. 18).

2.2. La théorie cognitive de soi :

Dans cette perspective cognitive, les théoriciens du soi et de l'identité paraissent s'accorder sur le fait que le soi contiendrait une variété de représentations. Les représentations de soi seraient cognitives et/ ou affectives.

Ces dernières correspondent aux auto-évaluations positive et négative ; de forme verbale, neuronale, ou sensori-motrice, ou sous forme d'image.

Ces dernières années, pour d'écrire le soi, de terme tel que prototype (Roger et Kuiper, 1979) réseau en mémoire (Bower et Gilligan, 1979) ou schéma (Markus, 1977), alimente l'hypothèse selon lequel le soi est une structure de connaissance. En justifiant ainsi l'interprétation du soi comme une organisation de la connaissance, la recherche de ses vingt dernières années on fait un objet au centre de la psychologie empirique, il devient claire également que le soi peut influencer chaque aspect du traitement de l'information susceptible de concernés les individus (information auto-pertinente). (D. Martino, 1995, pp. 19-20-21).

3. Les principales caractéristiques du concept de soi :

- 1- Il est organisé ou structuré : les individus catégorisent la vaste quantité d'informations qu'ils ont sur eux-mêmes et relient ces différentes catégories entre elles.
- 2- Il est multidimensionnel : les domaines particuliers du concept de soi reflètent le système de catégories adopté par un individu particulier et/ou partagé par un groupe. Ces catégories incluent des domaines tels que le scolaire, le social, l'attrance physique et la compétence physique.
- 3- Il est hiérarchique : une des caractéristiques est que cette structure dimensionnelle peut être hiérarchiquement ordonnée vers une dimension de généralité. Ainsi, trouverai-on, à la base, les expériences individuelles dans des situations particulières, et au sommet un concept de soi général.
- 4- Il est stable : le concept de soi générale -au sommet de la hiérarchie- est stable, néanmoins au fur et à mesure que l'on descend dans la hiérarchie, celui-ci dépend de plus en plus de situations spécifiques et devient ainsi plus changeant.

5- Il est développemental : il devient progressivement multidimensionnel lorsque l'individu croit de l'enfance à l'âge adulte.

Il présente un caractère évaluatif : si l'individu se décrit dans des situations particulières, il s'évalue aussi dans ces situations. Ces jugements se forment par rapport à des normes absolues, tel un idéal ou a des critères relatifs comme ses pairs ou les évaluations perçues des autres significatifs. Ces évaluations peuvent être pondérées de manière différente en fonction des individus ou des situations et dépendent essentiellement de l'expérience passée du sujet dans une culture particulière. Cette aspect évaluative et affectif est censé refléter l'estime de soi.

6- Il est différenciable : le concept de soi peut être différencié des autres modèles auxquels il est théoriquement relié. (J- P. Famose & F. Guerin, 2002, pp. 27-28).

L'Ecuyer (1997) à lui aussi proposé des caractéristiques permettant de comprendre la structure interne du concept de soi. Il relève également que le concept de soi est multidimensionnel, différencié, hiérarchique, structuré, et développemental. Cependant, il rend compte de six caractéristiques supplémentaires :

1- Il présente un aspect expérientiel : le concept de soi est constitué de perceptions vécues et individualisées.

2- Il présente un aspect social : les perceptions de soi sont influencées par la façon dont les autres perçoivent cette personne.

3- Un aspect cognitif : les perceptions de soi sont continuellement analysées les unes par rapport aux autres.

4- Des degrés d'importance : les différentes perceptions de soi n'ont pas toutes la même importance à un moment donné. Le degré d'importance de chacune de ces dimensions du concept de soi peut varier d'un âge à un autre.

5- Un processus dynamique : le concept de soi constitue un système à la fois stable et changeant.

7- Un système actif et adaptatif : c'est un système qui se défend, qui se corrige et s'améliore pour mieux s'adapter. (A, Rambaud, 2009, p. 59).

On résume que le concept de soi inclut la perception d'une personne d'elle-même et ses croyances sur elle-même, ces identités peuvent être basées sur des appartenances sociales ou des caractéristiques personnelles. Après qu'on a fini de parler de concept de soi, on va entamer la composante de l'estime de soi.

Axe II : L'estime de soi :

1. Définition de l'estime de soi

Selon Cooper Smith (1984) l'estime de soi se définit comme : « *un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur. Croire à sa réussite personnelle, se mobiliser en fonction d'un but à atteindre, ressentir plus ou moins profondément un échec, améliorer ses performances en mettant à profit les expériences antérieures sont des attitudes directement liées à l'estime de soi.* (S. Cooper, 1984, p5).

Abraham Maslow définissait l'estime de soi comme « *un besoin vital de priorité intermédiaire qui ne le cède en importance qu'aux besoins fondamentaux de la sécurité et des liens affectifs et qui a lui-même préséance sur l'accomplissement de soi* ». (S- L. Dolan & A. Arsenault, 2009, p. 80).

«*L'estime de soi est l'évaluation positive de soi même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain. Une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être aimée et d'être heureuse. L'estime de soi est également fondé sur le*

sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage pour faire face de façon responsable et efficace aux événements et aux défis de la vie ». (J- S. Paul, 1999, p. 20).

On a choisi ces définitions parce qu'elles correspondent au sens qu'on veut viser dans notre chapitre qui consiste à démontrer que l'estime de soi est une attitude, une évaluation primordiale qui contribue dans la construction de la personnalité d'un être humain.

2. Les théories de l'estime de soi :

2.1. La théorie de W. James :

Quatre notions structurent le modèle de W. James :

1- la dichotomie entre le « soi-je » et le « soi-moi »;

Le soi est une entité à l'intérieure de laquelle il existe une dichotomie : le « je » et le « moi ». Selon W. James, le « moi » est un agrégat empirique d'états à connaître objectivement. Le « je » qui les connaît ne saurait, lui, être un agrégat.

2- l'hypothèse d'un concept de soi multidimensionnel et hiérarchique;

3- l'existence de soi social;

4- la définition de l'estime /concept de soi en tant que rapport des réalisations sur les aspirations et qui fonction de l'importance subjective d'une activité donnée.

W. James affirme que dans la personne totale coexistent nécessairement et de manière indissociable, le « je », le sujet actif de l'expérience, et le « moi », contenu de cette expérience. Ainsi, le « soi-même », objet de l'investigation, c'est-à-dire le concept de soi, est décomposé en trois dimensions :

- Le « moi » matériel que constitue le corps, les vêtements, la famille, le foyer, la propriété;

- Le « moi » social qui suis la reconnaissance que l'individu tient d'autrui significatifs. cet aspect du « moi » peut aussi représenter les jugements d'une autorité supérieure ou de dieu;
- Le « moi » spirituel qui renvoi à l'intérieure de l'homme, ses facultés psychiques.

Pour W. James, l'évaluation de soi reflète les déferents »moi « pondérés en fonction de leurs importance subjective. L'individu, dans l'impossibilité de se présenté à tout moment dans sa totalité, sélectionne ce qu'il pense ou ressent être son soi le plus fort, le plus vrai, et le plus profond sur lequel il misera pour son salut.

A propos de l'estime de soi qui est le rapport des succès sur la prétention. Pour James, l'estime de soi n'est pas tant fondée sur une échelle de réussite ou d'échec que sur le rapport relatif de la réussite sur les aspirations. (J- P. Famose, 2002, pp. 16-17).

2.2. La théorie cognitivo-comportementale :

Dans cette perspective cognitive, les théoriciens de soi et de l'identité paraissent s'accorder sur le fait que le soi contiendrait une variété de représentation. Les présentations de soi seraient cognitive et/ou affective, ces dernières correspondent aux auto-évaluations positives et négatives de formes verbales, neuronales ou sensori-motrice, ou se forme d'images. Elles représenteraient le soi dans le passé et le future aussi bien que dans l'ici et maintenant; elles seraient ainsi des représentations du soi actuel et du soi possible. (M. Delphine, 1995, p.20).

2.3. La théorie de George Herbert Mead :

Mead (1934), met l'accent avec plus d'insistance sur l'interaction sociales et se focalise tout particulièrement sur l'utilisation de langage. Tandis que une expression facile peut être observé seulement par l'autre (à l'exception d'un miroir), le comportement vocal peut être entendu à la fois par celui qui parle et par l'auditeur, par conséquent, c'est à travers l'utilisation du langage que

l'individu développe l'habitude à prendre le rôle de l'autre non seulement d'une personne spécifique mais des groupes auquel il appartient : « Nous apparaissions comme nous-mêmes dans notre conduite dans la mesure où nous adoptons l'attitude que les autres ont envers nous, nous prenons le rôle de l'autre généralisé ».

Ce chercheur a travaillé sur l'enfance et a reconnu deux stades dans la construction du soi : le rôle (initiation des adultes) et le jeu (intégration des règles sociales). (J- P. Famose, 2002, p. 19).

On a choisi la théorie cognitivo-comportementale parce qu'elle convient parfaitement à notre travail de recherche qui est : « *l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger* ».

3. Les types de l'estime de soi :

1- Estime de soi basse et instable : l'estime de soi est globalement basse, cependant elle est très sensible aux succès et échecs, elle augmentera rapidement en cas de réussite et diminuera aussi vite en situation d'échecs.

2- Estime de soi haute et instable : l'estime de soi est globalement haute, elle est cependant diminuée lors des situations négatives. Des personnes s'en défendent alors fortement afin de retrouver leur niveau initial d'estime de soi.

3- Estime de soi basse et stable : l'estime de soi globalement basse et peut être sensible aux événements extérieurs, qu'ils soient positifs ou négatifs.

4- Estime de soi haute et stable : l'estime de soi est globalement haute elle évolue peu en fonction des situations de succès ou d'échecs contrairement à ce que nous pouvons penser au premier abord, une estime de soi haute n'est pas forcément préférable à une estime de soi basse, chacune présente des avantages et des inconvénients. (C. André & F. Lelord, 2007, pp. 64-68).

Selon William James les types d'estime de soi sont au nombre de 3 :

- 1- L'estime de soi matérielle : la vanité, la fierté d'être riche;
- 2- L'estime de soi sociale : la fierté sociale, familiale, professionnelle;
- 3- L'estime de soi spirituelle : un sentiment de supériorité morale. (S. L. Dolan & A. Arsenault, 2009, p. 88).

4. Les composantes de l'estime de soi :

L'estime de soi s'appuie sur trois composantes :

- une composante comportementale : l'estime de soi influence les capacités d'action et se nourrit en retour des succès;
- une composante d'autoévaluation : l'estime de soi dépend étroitement de la façon dont on s'évalue et cette évaluation l'entretient à la hausse ou à la basse;
- une composante émotionnelle : l'estime de soi dépend de l'humeur de base qu'elle influence fortement en retour.

Comme on peut dire qu'il ya plusieurs formes d'intelligence, on peut également dire qu'il ya plusieurs formes d'estime de soi :

- l'aspect physique : est-ce que je me plais, est-ce que je me plais aux autres?
- La réussite scolaire puis le statut social : est-ce que j'ai réussi mes études et ma vie professionnelle et sociale?
- Les compétences athlétiques : est-ce que je suis fort, rapide?
- La conformité comportementale : les autres m'apprécient-ils ?
- La popularité : est-ce qu'on m'aime bien? (E. Couzon & A. N. Michaux, 2012, pp. 19-20).

5. Les 3 piliers de l'estime de soi :

1- L'amour de soi :

On s'aime malgré ses défauts, ses limites, les échecs rencontrés, car une petite voix intérieure nous indique que l'on mérite l'amour et le respect des autres et surtout de nous-mêmes, cet amour inconditionnel ne dépend des performances. C'est grâce à cette force que l'on se construit après un échec ou face à l'adversité. Il n'empêche ni le doute, ni la souffrance en cas de difficulté, mais il protège et donne confiance contre le désespoir.

L'amour de soi est donné en majorité par la famille. En effet, il dépend de l'amour que les parents prodiguent aux enfants. Cet amour permet aux parents de ne jamais douter en leurs progéniture et les encouragent à éduquer le mieux possible leurs enfants, les carences d'estime de soi ayant leur origine à ce niveau sont les plus difficiles à rattraper. Lorsque l'on ne s'aime pas soi-même, il est difficile de croire en l'amour que les autres portent sur soi-même.

L'amour de soi est donc l'assise de l'estime de soi le plus caché et le plus intime, il est donc difficile de cerner le degré exact d'amour que se porte un enfant. (C. André & F. Lelord, 1999, p. 16).

2. La vision de soi :

La vision de soi est définie comme le regard que l'on porte sur soi, cette évaluation fondée ou non, que l'on se fait de ses qualités et de ses défauts.

Dans cette notion on voit que la subjectivité prend une place importante ; son observation et sa compréhension sont délicates. Ainsi, par exemple, selon, une personne complexée, dont l'estime de soi est souvent basse, laissera souvent perplexe un entourage qui ne perçoit pas les défauts dont elle se croit atteindre, ce regard que l'on porte sur soi, et en grande partie régit par notre environnement qu'il soit familial ou social. (Ibid, p. 17).

3. La confiance en soi :

On assimile souvent cette notion avec l'estime de soi, être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes. Ce concept est facilement identifiable, il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu, donc la confiance en soi est la conséquence de l'amour de soi et la vision de soi. (C. André & F. Lelord, 1999, p. 16).

6. Les caractéristiques d'une personne qui s'estime:

Les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur et qu'elles sont dignes d'être aimées et d'être heureuses. de plus, elles se sentent compétentes, non qu'elles soient persuadées de savoir tout faire ou de pouvoir tout réussir, mais elles se donnent le droit à l'erreur et elle savent qu'elles peuvent apprendre, elles pensent qu'elles sont responsable de ce qui leur arrive et ,en particulier ,de leur propre bonheur. Elles savent aussi ce qu'elles veulent et sont enclines à agir pour l'obtenir .ainsi, on a pu remarquer qu'elles ont tendance à se montrer raisonnablement confiantes, gaies, créatives et pleines d'un sens de l'humour qui n'est pas à confondre avec l'ironie ou le sarcasme et que, d'une façon générale, elles ont des attentes positives à propos de ce que leur réserve la vie. (J- S. Paul, 1999, p. 21)

En ce qui concerne leur attitude par rapport aux autres, elles se sentent leurs égales: ni inférieures, ni supérieures et elles s'attendent à avoir avec eux des rapports agréables et constructifs .les personnes qui ont une bonne estime de soi sont, en générale, calme, coopératives, sociable, et bienveillantes envers leur semblable. En effet, n'ayant rien à prouver, ni à elles-mêmes ni aux autres, et ne craignant pas le jugement d'autrui, elles sont libres d'apprécier le moment sans préoccupations parasite .elles savent aussi très bien écouter .en effet, elles ont la possibilité d'être totalement présentes dans un échange avec autrui car elles

n'éprouvent pas le besoin de se centrer sur elles mêmes ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit. En revanche, elles se respectent et n'hésitent pas à s'affirmer et à affirmer leurs opinions si nécessaire.

Et les personnes qui ont une estime de soi positive. En voici les caractéristiques: elles sont réaliste, s'acceptent, acceptent les autres comme ils sont et le monde tel qu'il est. Spontanées, leur appréciation des autres est faite sur le moment plutôt qu'à partir de stéréotypes. Autonome et indépendantes, elles semblent détachées et ressentent le besoin d'un jardin privé. Elles se centrent sur les taches à accomplir plutôt que sur elles-mêmes et ne confondent pas la fin avec les moyens. Elles s'identifient avec le genre humain et beaucoup d'entre elles ont une expérience mystique ou spirituelle, bien que pas nécessairement religieuse. Ne cherchant pas obligatoirement à se conformer à la culture ambiante, elles ont en outre des valeurs et des attitudes démocratiques. Si toute font preuve de créativité et de sens de l'humour, ce dernier est philosophique et non hostile. En fin, elles choisissent d'avoir des relations profondes avec quelques personnes qu'elles aiment et avec lesquelles elles entretiennent un lien émotionnel privilégié, plutôt que des relations superficielles. (J- S. Paul, 1999, pp. 21-22)

7. Les caractéristiques du manque d'estime de soi :

Une caractéristique commune aux personnes qui manquent d'estime de soi est la difficulté à admettre leurs erreurs, il est facile de comprendre que, si nous croyons qu'elles signalent notre peu de valeur, il vaut mieux refuser de les reconnaître ou même de les voir : le déni peut être à usage externe (je sais mais je mens pour me protéger), mais le sujet peut aussi ne pas remarquer consciemment qu'il a fait une erreur (ici aussi, ce sont les circonstances ou les autres qui sont responsables). Il en résulte une impossibilité à les corriger et, par conséquent à apprendre à faire autrement à l'avenir. Pour les mêmes raisons, un

sujet manquant d'estime de soi se montrera aisément défensif. Même s'il n'a commis aucune erreur, même si ce qui lui est dit n'est en rien dévalorisant, il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'elles confirment le peu de bien qu'il pense de lui. C'est ce qu'on appelle une projection.

Lorsqu'on manque d'estime de soi et de confiance en soi, l'autre est aisément perçu comme accusateur et même menaçant ou encore comme une source possible d'humiliation ou de rejet. Le manque d'estime peut aussi se manifester par le désir d'avoir raison, ce qui suppose que l'autre à tort. Le but est de se rassurer sur ses compétences intellectuelles, sa valeur morale. Il en résulte une vision du monde en terme binaire : Il faut que l'autre ait tort pour que j'aie raison, s'il gagne, je perds, s'il est intelligent je suis stupide, s'il a «tout », je n'ai «rien » ...bien entendu, de telles croyances entraînent hostilité et agressivité. Ces sentiments peuvent apparaître sous forme de piques, d'ironie, de sous-entendus, de bouderies, de mauvaise humeur chronique, être exprimé ouvertement ou au contraire réprimés, niés et se transformer en une gentillesse et un désir de plaire si marqués qu'ils peuvent parfois irriter l'interlocuteur ou le mettre à l'aise. (J- S. Paul, 1999, pp. 24-25).

8. Les principales peurs à surmonter pour la construction de L'estime de soi :

- la peur de rêver;
- la peur d'être incapable de concrétiser ses rêves;
- la peur d'avoir confiance en soi, en autrui et en l'avenir de l'humanité;
- la peur de la coopération du partage;
- la peur de vivre et de profiter de la vie;
- la peur de prendre la maîtrise de la situation;
- la peur de se retrouver en marge du système ;
- la peur de penser différemment;
- la peur de l'incompréhension et de l'abandon;

- la peur de se sentir coupable de ne pas toujours s'occuper;
- la peur de ridicule;
- la peur de se noyer dans ses pensées;
- la peur de perdre sa sécurité;
- la peur de l'échec;
- la peur de changement;
- la peur d'être libre;
- la peur d'être. (S- L. Dolan & A. Arsenault, 2009, p. 113).

On déduit que les expériences vécues par un individu durant sa vie développent la composante de l'estime de soi, des expériences positives peuvent favoriser le regard porté sur soi-même, contrairement aux expériences négatives qui défavorise le regard porté sur soi-même.

9. L'estime de soi et la déficience mentale :

Les composantes de l'estime de soi se retrouvent chez la personne atteinte d'une déficience mentale, mais elles sont fragilisées, en raison d'une estime de soi plus faible que celle de la population en général.

« Les personnes ayant une déficience mentale vivent plus souvent des réussites. Et elle vive plus souvent des échecs qui viennent fragilisés leur estime de soi. Il ne faut jamais croire qu'elles ne sont pas consciente de ce fait ; une grande majorité des personnes ayant une déficience mentale comprennent bien leur limites et sont en mesure d'identifier leurs différences par rapport aux autres ». (F- J. Martin, 2002, p.64).

Synthèse du chapitre :

Tous les sentiments de l'individu et ses perceptions envers lui-même, et aussi sa perception de son image de corps influence sur sa personnalité (l'aspect

individuelle). Une représentation intérieure qui se construit à partir de notre contact avec les autres et l'environnement (aspect multidimensionnelles), et quelques soit les approches la question de l'image de soi et l'estime de soi apparaissent comme éléments de base dans la vie du jeune enfant.

Le besoin de valorisation (être aimé et apprécié) aux yeux des autres, guide toutes nos activités, ce regard positif sur nous même est donc vital pour notre équilibre psychologique vue de son importance pour faire face aux difficultés de la vie et le sentiment de sécurité interne qui nous donne, donc l'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité et une des clés indispensable de la réussite.

On à terminer ce chapitre pour passer à notre deuxième chapitre qui consiste à l'enfant.

Chapitre II

L'enfant

Préambule :

Le développement de l'enfant est le processus qui lui permet de passer de la dépendance du nourrisson à l'indépendance de l'adulte : chaque enfant (normal ou handicapé), progresse à son rythme (tous n'acquièrent pas en même temps, au même âge, la propreté, le langage, l'autonomie, etc.) et ses apprentissages conditionnent son comportement. Ils sont favorisés (ou au contraire contrariés) par son environnement (social, familial, scolaire) : les adultes qui l'entourent et qui l'encadrent ont beaucoup d'influence, directe et indirecte, sur la qualité de son développement. Ils sont des exemples pour lui, ils doivent s'adapter à ses besoins et lui renvoyer une image positive, pour qu'il se construise sereinement, et harmonieusement.

C'est pour cette raison qu'on a consacré ce chapitre pour bien présenter les diverses théories de l'évolution chez l'enfant normal, l'évolution de l'enfant handicapé mental et l'enfant trisomique ainsi que sa prise en charge.

1. Définition de l'enfant :

« Le terme d'enfant désigne l'être humain qui na pas encore acquis l'usage de la parole. Dans son acception actuelle en psychologie, le terme d'enfance désigne une étape du développement de l'être humain qui, selon les hauteurs, se situe entre la naissance et la maturité, entre la naissance et la puberté ou encore l'émergence du langage et la puberté. En distingue la première enfance (jusqu'à 3ans) de la deuxième enfance (de 3à7ans) de la troisième (7à12ans), cette dernière débouchant sur l'adolescence». (R. Doron & F. Parot, 1991, p.255).

« Les termes d'«enfant», d'«enfance», renvoient d'abord à une notion d'inachèvement. L'infantia, c'est le défaut d'éloquence; l'infant désigne celui qui

ne maîtrise pas le langage et, par extension, les premières années de vie...., les termes de fante ,d'infante désignent le valet, la servante, qui connaîtront un destin de soumis, tout comme les fantassins et l'infanterie ». (A. Baudier & B. Céleste, 2002, p. 4)

« L'enfant devient un être à part entière, perçu dans sa globalité et à travers tous les aspects de sa vie, qui n'est plus seulement « le fils... », C'est-à-dire la possession de ses parents ou de l'état, mais le sujet de ses propres droits à partir du XVI ème siècle, l'idée que les enfants sont des êtres vulnérable qu'il faut protéger, émerger peu à peu en accident, l'attention accrue accordée aux droits de l'homme depuis les révolutions ». (Article Droit De L'enfant, 2009).

Les définitions choisi sont simples et précisent exactement le sens de mot *enfant*.

2. Les stades de développement psychologique de l'enfant :

2.1. La théorie Piagétienne :

Les schèmes opératoires et les stades de développement chez Piaget :

Les stades de développement piagétien correspondent à des niveaux de fonctionnement des schèmes.

Au stade sensori-moteur entre 0 et 2 ans, les schèmes sont pratiques. A 2 ans, les schèmes représentatifs se mettent en place avec le langage. Le stade préopératoire entre 2 et 7 ans voit se développer les moyens de représentations de l'enfant. Le stade des opérations concrètes de 7 à 12 ans voit l'enfant maîtriser les schèmes opératoires. Il entre dans l'âge de raison, grâce aux opérations logique qu'il peut appliquer sur les représentations. Ces opérations sont qualifiées de concrètes par opposition aux opérations formelles du stade suivant qui débute vers deux ans. C'est au stade des opérations formelles que les schèmes opératoires de l'enfant

correspondent à la logique formelle de l'adulte. Le raisonnement peut alors s'exercer sur des propositions abstraites et sur des hypothèses. (E. Thommen & G. Rimbart, 2005, p. 30).

2.2. La théorie Wallonienne :

On peut décrire deux grands cycles dans ce développement en spirale de la personne. Chaque cycle comprend un moment global syncrétique (avec prédominance de l'affectivité), un moment différenciateur (avec prédominance de l'intelligence), un moment intégrateur de la personne. Ces deux grands cycles correspondent à :

- 1- La construction de la personne (les trois premières années).
- 2- L'achèvement de la personne (entre 6 ans et l'adolescence).
- 3- A la charnière de ces deux cycles se trouve le stade du personnalisme (entre 3 et 6 ans), moment important d'expression de la personnalité individuelle.

La construction de la personne : après la description d'un stade intra-utérine, qui mérite d'être évoquée car elle est novatrice, Wallon décrit dans les trois premières années de la vie une succession de :

- Stade marqué par la fusion émotionnelle (période centripète) : prédominance de l'affectivité sur l'intelligence) : les stades d'impulsivité motrice jusqu'à 6 mois, et émotionnel (à partir de 3 mois jusqu'à 12 ans; stade témoignant de l'exploration du monde objectif (période centrifuge : prédominance de l'intelligence sur l'affectivité) avec les stades sensori-moteurs (entre 1 et 2 ans) et projectif (entre 2 et 3 ans), marqués par les progrès moteurs et de manipulation puis par les conduites imitatives préludes à l'intelligence discursives.

- Le stade du personnalisme à dominance centripète apparaît après que la différenciation moi/autrui ait été réalisée. Il voit se succéder les périodes d'oppositions (3 à 4 ans), de grâce (4 à 5 ans) et d'imitation (5 à 6 ans).
- L'achèvement de la personne : les années suivantes sont marquées par une nette tendance centrifuge à l'origine de la pensée catégorielle. La période pré-catégorielle de 6 à 9 ans est marquée par le syncrétisme (appréciation globale et indifférenciée des choses, il ya donc impossibilité de distinguer ce qui est important et de ce qui ne l'est pas) et précède la période catégorielle (de 9 à 11 ans) ou l'enfant excelle dans les comparaisons et progresse en raisonnement logique. À cette période capitale pour la construction de son intelligence succède le stade de la puberté et de l'adolescence, période centripète par excellence, ou l'affectivité marque de nouveau le pas sur l'intelligence. (C. TOURETTE, M. GUIDETTI, 2008, pp. 26-27).

2.3. La théorie Freudienne :

Freud a essentiellement réalisé une description chronologique, par stade, de développement affectif de l'enfant. Leur enchainement se fait de façon progressive et chaque niveau de problématique rencontré par l'enfant laisse chez lui des traces qui peuvent former des points de fixation et éventuellement favoriser les régressions ultérieures.

2.3.1. Le stade orale : le stade orale se déroule durant la première année de la vie et est dominé par l'appréhension, tant niveau des objets que des informations. La zone bucco-labiale et le carrefour aéro-digestif représente à se stade la source pulsionnelle prévalente. Le nourrisson fait pénétrer à l'intérieur de lui les éléments de son environnement extérieurs à sa portée. L'objet pulsionnel est représenté par le sein; l'alimentation sert de médiateur dans la relation symbiotique mère-enfant.

Le but pulsionnel est l'association d'un plaisir auto-érotique par la stimulation de la zone érogène orale et d'un désir d'incorporation des objets. Les angoisses spécifiques de cette période sont d'ailleurs des angoisses d'engloutissement (stade oral passif) et de dévoration (stade oral actif).

Bien que le stade oral soit un stade anobjectal, c'est-à-dire sans conscience de l'existence de l'objet, cette période signe la jeunesse de la relation d'objet. En effet, l'empreinte laissée par ces relations précoces façonnera les relations objectales futures du petit d'homme. (K. Gueniche, 2007, p. 29).

Au stade oral, le nourrisson n'a pas une conscience claire du dedans et du dehors, du soi et du no soi; il est dans une totale omnipotence (narcissisme primaire) puisqu'il considère comme faisant parti de lui-même les objets qui le satisfont. Ce n'est que progressivement que l'enfant va prendre conscience de l'existence des objets extérieures et être conduit au stade anaclitique, d'abord de relation à l'objet partielle puis à l'objet total; ce cheminement étant rendu possible d'une part par la différenciation entre les objets aimés et les objets menaçants, et d'autre part à l'occasion des expériences du manque lorsque l'enfant perçoit progressivement que la tension naît en lui-même alors que la satisfaction lui arrive de dehors.

En somme, c'est à travers des moments de frustration que l'enfant ressent ses premiers affects et commence à concevoir sa mère séparée de lui, et existant en dehors de lui. (Ibid, pp. 29-30).

2.3.2. Le stade anal : le stade anal apparaît environ lors de la deuxième année de la vie, laquelle est principalement consacrée à l'emprise (la pulsion d'emprise); précisément, le stade anal débute avec la maîtrise sphinctérienne. La zone érogène prévalente concerne toute la muqueuse digestive, au-delà de l'estomac. Il s'agit

soit de conserver les objets passés à l'intérieure de soi, soit dans les détruire puis de les expulser.

L'objet pulsionnel comprend les fèces mais également la mère et l'entourage proche que l'enfant perçoit encore comme objet partiels à maîtriser. Le but pulsion est à nouveau double : à la fois un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène et une recherche de pression relationnelle sur son entourage, les objets et individus que l'enfant commence à différencier.

Le stade anal est celui de l'ambivalence portée à son comble, grâce à laquelle l'enfant consolide sa frontière intérieur/extérieur et soi/non-soi; les mouvements ambivalents par lesquels passe l'enfant concernent autant l'alternance « soumission-opposition », « expulsion-rétention » que « activité-passivité ». Le plaisir pris dans la rétention, la soumission et la patient. L'enfant établit des relations avec l'objet total relativement à son choix devant ces deux types de plaisir.

Pendant cette période, les dimensions sadiques et masochistes sont présentes et caractérisent particulièrement bien le type de relation d'objet établi par l'enfant. (K. Gueniche, 2007, p. 30).

2.3.3. Stade phallique : le stade phallique est vécu par l'enfant entre sa troisième et sa quatrième année, et annonce la période œdipienne. La source pulsionnelle prévalent est l'urètre associée le double plaisir de la miction et de la rétention. Le plaisir urétral ou érotisme urétral (la masturbation) comporte une dimension auto-érotique et une dimension objectale (fonction urinaire) par le « laisser-couler ».

Chez le garçon comme chez la fille, l'objet de la pulsion est représenté par le pénis. Cette époque signe le début de la curiosité sexuelle infantile (prise de

conscience de la différence des sexes) et se centre autour de la thématique liée à l'absence ou la présence de pénis. À cette période, et de façon très synthétique, on voit apparaître des fantasmes concernant la scène primitive, ou la sexualité parentale et vécu de façon sadique et provoque chez l'enfant un sentiment d'abandon. A ces fantasmes s'associe une période d'exhibitionnisme et de voyeurisme.

Le stade phallique est un stade prégénitale dans la mesure où le pénis, d'ailleurs fantasmé comme phallus, est d'avantage perçu comme porteur du pouvoir, de puissance et de complétude narcissique que comme un organe génital; l'important étant la possession de celui-ci, ce stade demeure en grande partie narcissique et non objectal.

Ainsi le garçon qui possède le pénis est, de fait, soumis à l'angoisse de castration; quant à la fille, elle est introduite à la dimension du manque. Le déni de la castration a pour but dont l'un comme dans l'autre sexe de protéger l'enfant contre cette prise de conscience. (K. Gueniche, 2007, pp.30- 31).

2.3.4. Du complexe d'Oedipe à la névrose infantile :

La période œdipienne se situe approximativement entre 4 et 7 ans ; c'est un moment fondateur de la vie psychique car il permet et assure le dépassement de l'auto-érotisme primitif et l'orientation de la libido vers des objets extérieurs.

L'entrée dans ce stade se caractérise par la reconnaissance de l'angoisse de castration. A ce stade, l'objet de la pulsion est dorénavant le partenaire privilégié du couple parental et la source pulsionnelle, l'excitation sexuelle recherchée dans la possession de ce partenaire.

L'angoisse de castration induit chez le garçon la crainte de perdre son pénis et chez la fille le désir d'en avoir un. A ce propos d'ailleurs, l'envie de pénis chez la fille va l'introduire à la problématique œdipienne par le désir d'un enfant de son père; la signification phallique de ce bébé tant désiré et bien entendue patente. Quant au garçon, il se protège de son angoisse de castration en niant la réalité du sexe féminin et en croyant en une mère-pénienne.

Dans sa forme positive, le complexe d'Œdipe est présenté par une attirance de l'enfant pour le parent de sexe opposé et une rivalité pour le parent de même sexe ; dans sa forme négative, il peut s'agir du contraire. (K. Gueniche, 2007, pp. 31-32).

2.3.5. La période de latence :

La psychanalyse fait de la pose pulsionnelle et du calme affectif qui en résulte le caractère essentiel du temps observé ici, considéré comme une période intermédiaire et non comme un stade du développement car elle n'est pas créature d'une nouvelle organisation de la sexualité.

La période de latence sexuelle est une expression que S. Freud emprunte à W. Fliess pour rendre compte du caractère essentiel du temps de vie situé entre deux stades de l'évolution psychosexuel, le stade phallique (approximativement de la troisième à la sixième année) et le stade génital (à la survenue de la puberté), entre l'organisation infantile de la libido liée au complexe d'Œdipe et l'organisation génitale de la puberté-adolescence. Il a considéré comme exprimant une donnée du développement dont il analyse l'origine, les processus et les effets manifestes. (R. Sirven, 2002, p. 24).

3. Le développement psychologique des enfants handicapés mentaux :

3.1. Les problèmes liés à l'évaluation :

Classiquement, l'évaluation de la déficience mentale va se faire à partir de l'anamnèse et la passation de tests. Ici encore plus peut être que dans un autre handicap, les distorsions de l'anamnèse sont fréquentes. Le recueil des données d'anamnèses ne peut être conduit chez le sujet déficient mental lui même, on doit donc interroger d'autres personnes, généralement les parents avec le problème de l'impact affectif de la présence d'un enfant handicapé mental dans une famille. (M. Guidetti & C. Tourette, 2014, p.143).

3.2. Les fonctions cognitives :

Dans une perspective psychométrique, il est couramment admis que l'âge mental des déficients évolue de façon linéaire jusqu'aux environ de 15 ans, mais plus que le quotient intellectuel (QI) est faible (inférieur à 40), plus cette vitesse est réduite et sa stabilité dans le temps élevée. Dans ce cadre, les épreuves qui explorent plus précisément les fonctionnements de la pensée que le niveau de développement proprement dit présentent beaucoup plus d'intérêt.

Les déficients profonds restent fixés aux différents sous-stades de l'intelligence sensori-motrice (de la naissance à 2 ans chez l'enfant standard), les déficients moyens ne peuvent dépasser la période pré-opératoire (2 à 7 ans), les déficients légers restent fixés au stade des opérations concrètes (7 à 11 ans) et ne peuvent accéder au stade ultime des opérations formelles. La perspective piagétienne tient peu compte malgré tout les conditions environnementales dans lesquelles l'enfant se développe et dont on pense actuellement qu'elles participent au moins en partie

aux progrès du développement intellectuel. (M. Guidetti & C. Tourette, 2014, p. 144-145).

3.3. Le développement communicatif et linguistique :

Rondal (2009), dans l'ouvrage de synthèse écrit sur ce sujet, constate globalement que les handicapés mentaux ont un retard marqué dans tous les domaines du développement du langage. Ces retards peuvent concerner à la fois le développement phonologique, lexical et syntaxique et pragmatique. (Ibid, p. 147).

3.4. Le développement moteur et praxique :

Il est un facteur important du mode d'insertion sociale du handicapé mental. On constate une grande hétérogénéité des résultats en fonction de la tâche proposée. ZAZZO (1979) avait évoqué à ce sujet la notion d'hétérochronie, la déficience ne pouvant être assimilée à un retard homogène dans le développement psychologique. Par exemple, l'étude du style moteur (comme par exemple dans l'épreuve du pointillage ou l'on demande à l'enfant de faire un trait dans chacune des cases d'une feuille quadrillée) montre que les déficients mentaux (sans handicap moteur associé) disposeraient de davantage de contrôle que les enfants normaux du même âge au cours de l'exercice mais se comportent à un caractère rigide et entraîne une incapacité à s'adapter rapidement à une tâche inhabituelle (Par exemple écrire avec la main non dominante). A niveau praxique (qui renvoie à l'organisation du geste), plus la tâche à réaliser est complexe, plus les différences sont importantes entre enfants normaux et déficients intellectuels qui sont souvent maladroits. (Ibid, p.149).

4. Le développement psychologique des enfants trisomiques :

La présence de chromosome surnuméraire est responsable de toute une série de troubles du développement psychologique dont la déficience mentale n'est qu'un aspect.

4.1. Le développement psychomoteur :

Il se caractérise par une hypotonie particulièrement marquée dans les premières années. Ceci a une incidence sur la disparition tardive des réflexes archaïques, sur le strabisme et sur le retard dans l'apparition de la marche acquise en générale vers 2/3ans mais qui peut l'être avant grâce à une éducation précoce. Cette hypotonie a également des conséquences au niveau de développement de la parole, avec une fréquence particulièrement marquée de troubles articulatoires. En contrepartie, elle rejaillit sur le caractère des enfants trisomiques qui sont plutôt des bébés. Calmes, passifs, plutôt faciles vis-à-vis de leurs entourages. Cette hypotonie décrite souvent comme généralisée et en fait sélective; elle porte en particulier sur les muscles de la ceinture scapulaire, ce qui a pour conséquence, quant l'enfant grandit, de provoquer des déficits de croissance de la cage thoracique avec des retentissements possible sur le plan respiratoire. (M. Guidetti & C. Tourrette, 1999, p. 121).

4.2. Le développement intellectuel des enfants trisomiques :

Le niveau intellectuel : le QI est la donnée quantitative la plus aisément obtenue. Cette évaluation pose les mêmes problèmes que chez les autres déficients mentaux. Le niveau intellectuel des enfants trisomiques est distribué, comme chez l'enfant tout-venant, selon une courbe de Gauss mais dont le QI moyen se situe autour de 40-45 pouvant atteindre un maximum situé entre 65 et 79 donc assez proche du seuil inférieure de l'intelligence dit normal (QI supérieure à 80). En considère que

86,5 % des trisomiques ont un QI compris entre 30 et 65 ce qui correspond à la déficience mentale moyenne, tandis que 80% relèveraient de la déficience mentale profonde et 5,5% du retard mental léger. La corrélation entre le QI des parents normaux et celui de leurs enfants trisomiques est la même que celle que l'on trouve entre parents et enfants tout-venant. En d'autres termes, cela signifie que les parents à QI élevé auront tendance à avoir des enfants trisomiques mosaïque est en générale décrit comme supérieur à celui des autres enfants trisomiques avec exceptionnellement des QI normaux ou proches de la normale, mais ceci a été contesté. (M. Guidetti & C. Tourrette, 1999, p. 122).

4.3. Le développement communicatif et linguistique :

Lambert et Rondal (1999) font une synthèse des travaux sur le sujet. En ce qui concerne la parole, on note des problèmes spécifiques dans l'organisation de l'activité respiratoire de la production des sons et du discours qui est à relier à l'hypotonie des muscles qui contrôlent la fonction respiratoire. On constate également des problèmes au niveau de la voix qui est plutôt grave, à timbre monotone, parfois gutturale, mais il existe une grande variabilité d'un enfant à l'autre. Les capacités auditives, souvent inférieure à la normale (perte allant de 40 à 70 %), vont rejaillir sur l'acquisition du langage, c'est pourquoi une évaluation précoce peut permettre une intervention thérapeutique efficace. Les difficultés articulatoires sont très fréquentes et concerne environ 75 % des sujets. Ces troubles portent essentiellement sur les consonnes et surtout sur les consonnes constrictives (f, v, j, ch, s, z, l, r) qui apparaissent plus tardivement dans le développement normal. La fréquence de bégaiement est également importante, de 30 à 45 % selon les études. (Ibid, p.123).

Synthèse du chapitre :

On conclut notre chapitre pour dire que l'enfant avec handicap est d'abord un enfant, mais son évolution nécessite un suivi différent de celui d'un enfant normal, donc il doit bénéficier dans toute la mesure du possible des conditions qui permettent son développement : maintien des liens affectifs avec son milieu familial, éducation et socialisation visant à son intégration.

On a terminé ce chapitre pour passer à notre troisième chapitre qui est le retard mental.

Chapitre III
Retard mental

Préambule :

Les personnes aux besoins spécifiques sont des personnes qui souffrent d'une Inadaptation sociale à cause de leur handicap, soit au plan physique, comme les handicapés Physiques et moteurs, soit au plan intellectuelle, tel que le cas des trisomiques retardés mentaux, qui n'arrivent pas à accomplir une partie de leurs besoins, tout dépend de la sévérité de leurs handicap. Ce qui nécessite leurs insertions dans des centres spécialisés dès l'enfance pour les préparer.

Ce chapitre a pour objectif de poser un cadre théorique amenant une compréhension assez approfondie du retard mental et de ses caractéristiques, nous aborderons dans le premier axe le handicap en exposant ses types et ses origines, ainsi que sa classification. En deuxième axe, nous aborderons le retard mental, en parlant de sa clinique (prévalence et évolution), puis nous citerons les critères diagnostiques et son étiologie, aussi les différentes classifications. Enfin, dans le troisième axe nous parlerons de la trisomie 21 tout en exposerons ses formes, son étiologie, aussi les caractéristiques physiques d'un enfant trisomique, son état de santé et sa pris en charge éducative comme son insertion scolaire.

AXE I : Le handicap :

Le handicap désigne la limitation des possibilités d'interactions d'un individu avec son environnement, causée par une déficience qui provoque une incapacité permanente ou non, et qui mène à des difficultés morales intellectuelles, sociales et physiques. Dans cet axe on va aborder les

différents points qui nous amèneront à mieux comprendre la notion de handicap.

1. Définition :

Au sens premier, jeu de hasard (hand in cap : « main dans le chapeau »), puis désavantage imposé lors d'une épreuve sportive à un concurrent réputé plus fort, ce terme est utilisé en psychologie, de préférence à « infirmité » ou à « déficit », pour signifier le désavantage psychosocial que doit compenser une personne atteinte d'une déficience. La notion de handicap est relative aux normes d'usage, au niveau de développement et aux capacités de tolérance du groupe auquel appartient le handicap. (R. Doron & F. Parot, 1991, p. 338).

La loi du 11 février 2005 propose la définition suivante du handicap : *« constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».* (H. Romano, 2011, P.43).

Selon le grand dictionnaire de la psychologie(2011) : *« situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes ».* (H. Bloch, R. Chemama, E. Dépriet & Al, 2011, p. 421).

La classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé version pour enfant et adolescent (CIF-EA) (2012) définit le handicap

comme : « *le résultat des interactions entre les caractéristiques physiques, mentales et fonctionnelles propre à la personne et les caractéristiques de l'environnement dans lequel il vit* ». (OMS, 2012).

2. Handicap et concepts apparentés :

1. La déficience : peut être durable ou transitoire et correspond à une atteinte ou à une altération d'une fonction physique, psychique ou sensorielle.

2. L'incapacité : représente la conséquence de la déficience. Elle est évaluée en termes de diminution partielle ou totale, temporaire ou définitive, de la capacité à accomplir une activité quotidienne. L'incapacité comporte neuf catégories : « *celle qui concernent les comportements, la communication, les soins corporels, la locomotion, l'utilisation du corps dans certaines tâches, les maladresses, les incapacités révélées dans certaines situations, celle qui concernent les aptitudes particulières et les autres restrictions d'activités* ».

3. Le désavantage social : Correspond à toutes les conséquences et les restrictions sociales consécutives de la déficience et/ou de l'incapacité. Il recouvre aussi le décalage entre le vécu de l'enfant ou de l'adulte atteint d'un handicap et les représentations que son entourage et que l'environnement social a élaboré à son égard. (H. Romano, 2011, pp. 46-47).

Il serait plus juste de parler de plusieurs définitions du handicap en vue de la divergence de ces catégories et ses sources, ainsi que l'évolution de cette notion. Mais pour cet axe on retient les définitions suivantes : celle de la loi du 11 Février 2005, et de la classification internationale du fonctionnement,

du handicap et de la santé version pour enfant et adolescent, parce qu'elles correspondent au sens qu'on veut viser dans notre travail de recherche celui des enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger.

3. Définition du handicapé :

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le handicapé comme : « *est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise* ». (M. Guidetti & C. Tourette, 1999, p. 07).

Selon le grand dictionnaire de la psychologie(1993) le terme se dit : « *d'une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels* ». (H. Bloch & al, 1993, p. 421).

4. Les différents types de handicap :

4.1. Handicap mental : déficience intellectuelle (altération des fonctions cognitives et troubles de l'apprentissage du langage, de l'écriture); déficience psychique (répercussion sur la vie relationnelle, le comportement, la communication).

4.2. Handicap physique : déficience motrice, déficience viscérale et générale et déficience sensorielle.

4.3. Polyhandicap : association de déficience intellectuelle et motrice sévère, entraînant une limitation extrême de l'autonomie de l'enfant. Il s'agit donc de situations variées qu'il n'est pas toujours facile de définir.

4.4. Le plurihandicap ou handicap associé : il s'agit de l'association de plusieurs déficiences ayant un même niveau de gravité ce qui ne permet pas de déterminer une déficience principale parmi toute celles présentées.

4.5. Le surhandicap : il s'agit de l'aggravation d'un handicap déjà existant et liée aux troubles et difficultés qu'il entraîne. Le surhandicap a pour conséquence de limiter l'évolution de l'enfant et peut, par exemple, hypothéquer son développement psychique par l'accumulation de nouvelles déficiences psychiques et /ou intellectuelle aux déficiences initiales. (H. Romano, 2011, pp. 43-44)

5. Étiologie du handicap :

5.1. Congénital : une maladie ou un handicap congénital est une affection génétique qui existe à la naissance de l'enfant. Les malformations congénitales sont dépistées de plus en plus fréquemment dès la naissance voir de plus en plus souvent lors des diagnostics prénataux. D'autres anomalies congénitales ne sont diagnostiquées qu'à l'apparition des premiers signes plusieurs semaines ou plusieurs mois après la naissance de l'enfant. Il peut s'agir de malformations congénitales, liées à des anomalies morphologiques des organes (cerveau, cœur, foie, reins, etc.) au moment les premiers mois de grossesse ; cela peut aussi être des déformations congénitales (liées par exemple, à une mauvaise position du fœtus dans l'utérus maternel, ayant entraîné une malformation morphologique d'une partie du corps de l'enfant; enfin il peut s'agir d'affection congénitale liées à

des infections ou intoxication du fœtus en cours de grossesse) ou à certain médicaments conduisant à de lourdes séquelles pour le développement du fœtus.

5.2. Acquis : c'est-à-dire que le handicap survient des suites d'une maladie ou suite à un accident. Pour les personnes âgées, les handicaps acquis relèvent du processus de vieillissement. (H. Romano, 2011, pp. 51-52).

6. Découverte et annonce du handicap :

Dans l'enfance : plus tardivement déclaré, l'annonce du handicap reste un choc pour la famille, mais aussi pour l'enfant lui-même, qui, très souvent, réagit en plusieurs temps.

Un premier temps de révolte, d'ailleurs d'avantage dirigé, de façon très défensive, vers son environnement;

Un second temps, tout aussi défensif, de déni, durant lequel l'enfant rêve de nouveau à des projets pourtant hors de sa portée, et qu'il conviendra de respecter;

Un troisième temps, de nature plus défensive, qui, certes douloureux, permettra l'élaboration secondaire de la blessure narcissique initiale. cette élaboration est étroitement dépendante de la capacité des parents à aider leur enfant dans ce cheminement et cette construction. Ils pourront soit participer activement à cette construction d'une nouvelle identité non dégradante, soit enfermer l'enfant dans un statut d'enfant handicapé dévalorisé et infantilisé.

L'annonce donc doit être progressive et ne pas trop rapidement prendre en compte les éléments d'un avenir trop lointain. L'accompagnement doit

s'apparenter à un « *compagnonnage* » et tout en suivant les étapes maturatives de l'enfant, permettre aux parents de modifier progressivement l'image idéale qu'ils avaient de leur enfant. La prévention de certaines difficultés ne doit pas devenir une prédiction qui condamnerait l'enfant à ne plus être que ce que l'on redoute. (PH. Duverger & A-S. Chocard et all, 2001, p. 230).

AXE II- Retard mental

Le retard mental est l'insuffisance du développement des facultés intellectuelles qui se manifeste dès la période infantile précoces pour des causes très diverses. Dans ce présent axe on va aborder les points essentiels pour mieux comprendre le retard mental. Ainsi que les différentes interventions qui seront capitale pour améliorer les capacités adaptatives de l'enfant.

1. Définition :

L'American Association of Mental Retardation (AAMR), (2011) définit le retard mental comme « *une diminution significative des facultés intellectuelles associée à un déficit des comportements adaptatif, survenant avant l'âge de 18 ans. Parmi les comportements adaptatifs on note les capacités à gérer les interactions sociales, les communications, les soins personnels, les compétences domestiques, les habilités sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et la sécurité, les aptitudes en milieu scolaire, dans les loisirs et le travail* ». (J- M. LEGER & J-L. MAS, 2011, p. 353).

2. Retard mental et concept connexes :

Les synonymes de retard mental comprennent « *faible quotient intellectuel* », « *arriéré mental* », « *handicapé mental* », « *trouble de l'apprentissage* » et « *inadaptation scolaire* ». la différence entre une démence et un retard mental réside dans le fait que les patient atteints de démence ont eux une intelligence normal à l'âge adulte avant de commencer à la perdre. A l'inverse, les patients ayant un retard mental ont souffert de leurs atteint cérébral très tôt dans leurs vie, ce qui a empêché un développement normal de leurs intelligence. Alors que la démence évolue habituellement de façon progressive, le retard mental est un processus figé. Les patients ayant un retard mental peuvent apprendre, se développer et s'améliorer mais très lentement et dans certaines limites conditionnées par leur mauvais développement cérébrale. (I- M- S. Wilkinson, 2002, p. 234).

3. Symptomatologie du retard mental :

Une souffrance cérébrale apparaissant très tôt dans la vie peut se manifester par un ou l'ensemble des quatre symptômes ou groupe de symptômes suivants :

- 1- Une altération des fonctions intellectuelle, de la pensée, de la mémoire, du vocabulaire, du travail scolaire...etc.;
- 2- Une atteinte des mouvements du corps, par lésion des régions du cerveau contrôlant les mouvements (cortex moteur, ganglions de la base, cervelet, thalamus, cortex somesthésique). Il ya donc :
 - Des retards d'acquisition de la position acquise, la marche à quatre pattes et debout ;
 - Une hémiplégie infantile;

- Une diplégie, ou une double hémiplégie (maladie de Little);
 - Des mouvements choréo-athétosique;
 - Des mouvements maladroits et mal coordonnés;
- 3- Une épilepsie (les lésions cérébrales créent un foyer épileptogène);
- 4- Des troubles comportementaux du fait de la lenteur de l'apprentissage des comportements, du contrôle émotionnel, du bien et du mal. (I-M-S Wilkinson, 2002, p.234).

4. Prévalence de retard mental :

Le taux de prévalence du Retard mental est estimé aux alentours de 1 %. Cependant, diverses études ont rapporté des taux de prévalence différents, qui dépendent des définitions utilisées, des méthodes d'évaluation et des populations étudiées. (DSM 4-TR. 2003. P. 53).

5. Évolution :

Le diagnostic de Retard mental implique que le début du trouble survienne avant l'âge de 18 ans. L'âge et le mode de début dépendent de l'étiologie et de la sévérité du Retard mental.

Les retards les plus sévères, surtout s'ils sont associés à un syndrome ayant un phénotype caractéristique, tendent à être repérés tôt (p. ex., le syndrome de Down est généralement diagnostiqué dès la naissance). En revanche, un Retard mental léger,

D'origine inconnue, sera généralement détecté plus tard. Dans les retards sévères d'étiologie acquise, l'altération intellectuelle s'installera plus brutalement. L'évolution du Retard mental sera influencée par l'évolution des affections médicales sous-jacentes et par les facteurs

environnementaux). Si l'affection médicale sous-jacente est stabilisée, l'évolution sera variable et dépendra des facteurs environnementaux. Le Retard mental n'est pas nécessairement un trouble qui dure toute la vie. Les sujets qui ont eu un Retard mental léger au début de leur vie, avec échec dans les acquisitions scolaires, pourront développer, avec un apprentissage adéquat et dans des conditions favorables, de bonnes capacités adaptatives dans d'autres domaines et ne plus présenter le niveau de perturbation requis pour le diagnostic de Retard mental. (DSM 4-TR. 2003. P. 53).

6. Critères diagnostiques :

- A. Déficit des fonctions intellectuelles comme le raisonnement, la résolution des problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par l'expérience, confirmés par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence individuels standardisés.
- B. Déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance au long cours, les déficits adaptatifs limitent de fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés telle que la maison, l'école, le travail, la collectivité.
- C. Début de déficit intellectuel et adaptatif pendant la période du développement. (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5, 2015, p.36).

7. Niveau de sévérité du handicap intellectuel :

- **Léger :**

7.1. Domain conceptuel :

Chez l'enfant d'âge préscolaire, il peut ne pas y'avoir de différence évidente au plan intellectuel. Pour les enfants d'âge scolaire et les adultes, il existe des difficultés à acquérir des compétences scolaires telles que la lecture, l'écriture, le calcul, l'apprentissage de l'heure, la valeur de l'argent, avec besoin d'aide dans un ou plusieurs domaines pour satisfaire aux attentes en rapport avec l'âge .chez l'adulte, l'abstraction, les fonctions exécutives (C.-à-d., planification, élaboration de stratégies, classement par priorité, flexibilité cognitive), la mémoire a court terme tout autant que l'utilisation des compétences scolaires(P.ex. lecture, gestion de l'argent)sont altérées. Il existe une approche plutôt concrète des problèmes et des solutions par rapport aux adultes du même âge. (DSM 5, 2015, p.37).

7.2. Domain social :

Par rapport aux adultes de même âge, le sujet est immature dans ses interactions sociales. Par exemple, il peut avoir des difficultés à percevoir avec acuité les codes sociaux. La communication, la conversation, le langage sont plus concret ou immature que ce qui est attendu pour l'âge. IL peut y'avoir des difficultés à contrôler l'émotion et le comportement de façon appropriée à l'âge; ces difficultés sont remarquées par les autres dans la vie sociale. Le sujet à une compréhension limitée des risques dans les situations sociales; son jugement y'est immature, et il court le risque d'être manipuler par les autres (crédulité). (Ibid, p.37).

7.3. Domain pratique :

Le sujet peut agir de manière appropriée à son âge pour les soins personnels. Il nécessite cependant, plus que ses pairs, une assistance pour les tâches plus complexes de la vie quotidienne. À l'âge adulte, les aides concernant surtout les achats alimentaires, les transports, la prise en charge des enfants et de la maison, la préparation de repas équilibrés, la gestion des comptes et de l'argent. L'aptitude aux loisirs est peu différente des sujets de même âge, bien que l'appréciation des aspects relatifs au bien-être et à l'organisation durant les distractions nécessite une aide. À l'âge adulte, le sujet peut réussir à trouver un emploi en milieu normal mais dans des fonctions qui ne mettent pas en avant les compétences intellectuelles. Ces personnes ont généralement besoin d'aide pour prendre des décisions médicales et légales, et pour pouvoir mettre à profit avec compétence une formation professionnelle. Un soutien est habituellement nécessaire pour élever une famille. (DSM 5, 2015, p.37).

8. Étiologie de retard mentale :

8.1. Étiologie génétique et prénatal :

Ces étiologies sont à l'origine de près de 30 des déficiences mentales. Sachant que d'une manière générale, le nombre de maladies pour lesquelles on découvre une origine génétique ne cesse de croître, on peut citer dans ce cadre les maladies métaboliques comme phénylcétonurie, maladies métaboliques génétiques donnant lieu à une déficience mentale profonde si on ne remédie pas à la carence en phénylalanine par un régime alimentaire approprié, cette affection représente un cas sur 13000 naissances. (M. GUIDETTI & C. TOURRETTE, 1999, p. 104).

8.2.Étiologie néonatale:

Il s'agit des conséquences des difficultés de l'accouchement, en particulier la souffrance fœtale aigue, l'anoxie, il peut s'agir encore des infections materno-fœtales, les incompatibilités fœto-maternelles, ces causes représentent environ 20% des déficiences mentales auxquelles peuvent être associés des troubles moteurs et des manifestations comitiales. (M. GUIDETTI & C. TOURRETTE, 1999, p. 105).

8.3. Étiologie postnatale :

Ceci représente près de 10 des cas de déficience mentale, il s'agit de l'encéphalopathie aiguë convulsivantes qui peuvent laisser de lourdes séquelles chez un enfant de moins de un an ou encore des méningites. (Ibid, 1999, p. 105).

8.4. Les facteurs socioculturels :

De nombreux auteurs et, déjà, a binet et w. Stern insistèrent sur le fait que les résultats psychométriques ne dépendaient pas uniquement de l'intelligence pure et simple et que les acquisitions extra-scolaires, c'est-à-dire les stimulations venant de l'extérieure, pouvaient jouer un rôle favorisant le niveau, de nombreuse recherches semblent démontrer que l'étude comparative des enfants provenant de la ville ou de la campagne relève une déférence du QI favorable aux enfants de la ville d'autre part ,les études faites sur la dimension de la famille montrent que le QI des enfants examinés est proportionnel aux dimensions de la famille .A partir de leur revue sur l'influence de milieu, M. Gilly et al .trouvent de plus qu'il existe

une corrélation positive entre la hiérarchie des catégories socio-professionnelles dans notre société et la hiérarchie des Q.I moyens des enfants qui en sont issus. (J.DE Ajuriaguerra, 1980, p. 659).

9. Types du retard mental :

9.1. La classification selon l'O.M.S :

L'arriération profonde : au moins 5,3 déviations standard au-dessous de la moyenne, c'est-à-dire un Q.I. inférieure à 20;

L'arriération sévère : 4,3 à 5, 3 déviations standard au-dessous de la moyenne, c'est-à-dire un Q.I. inférieure à 21 à 35;

L'arriération modéré : 3,3 à 4,3 déviation standard au-dessous de la moyenne, c'est-à-dire un Q.I. de 51 à 70. (Ibid, p. 640).

9.2. D'après les données psychométriques, on classe les déficients mentaux en :

Idiots : au Q.I. se situant entre 0 et 20-25;

Imbéciles : lorsqu'ils ont un Q.I. entre 25 et 40-45;

Débiles mentaux : lorsqu'ils ne dépassent pas un Q.I. de 75 environ. (Ibid, p.640).

9.3. La classification de DSMIV-TR :

- Retard mental léger : dont le Q.I compris entre 50-55 et 70 environ.

- Retard mental moyen : dont le Q.I compris entre 35-40 et 50-55.

- Retard mental grave : dont le Q.I compris entre 20-25 et 35-40.

- retard mental profond : dont le Q.I inférieure à 20-25.
- Retard mental à sévérité non spécifiée : lorsqu' il existe une forte présomption de retard mental mais que l'intelligence du sujet ne peut être mesurée. (DSM 4, 1996, p.56).

9.4. La classification selon la CIM-10 :

Retard mental	Q.I	Age mental
Léger	50-69	de 9 à moins de 12 ans
Moyen	35-49	de 6 à moins de 9 ans.
Grave	20-34	de 3 à moins de 6 ans.
Profond	en dessous de 20	en dessous de 3ans.

(CIM-10, 1993, p. 130).

10. Perspectives d'intervention :

Bien que la déficience intellectuelle ne se traite pas, qu'elle que soit constitutionnelle et de se fait incontournable, on se doit de déployer tous les efforts pour faciliter la vie de ces enfants et des personnes qui s'en occupent. En leur offrant des services et des soins adaptés, on augmente leurs chances d'optimiser leur potentiel intellectuel et adaptatif de manière à les rendre plus autonomes.

1. Nécessité d'intervention précoce :

Le diagnostic de déficience posé en bas âge n'est pas toujours fiable 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 contexte d'évaluation objective, on peut aussi présumer que plus les interventions auront été précoces, meilleurs auront été les résultats. Quelques méthodes (par exemple TEACCH) ont déjà fait leur preuve, quelques autres tentent de s'implanter et reposent sur une participation active et intensive de la part du parent (LOVAAS, PINCCHIO). Des auteurs ont néanmoins soulevé les effets pervers des services de stimulation précoces attribuant d'office un rôle d'intervenant aux parents (Dionne, 1999). On a suggéré récemment des traitements d'oxygénation « en chambre hyperbare », afin d'améliorer les capacités intellectuelles du sujet mais leur efficacité reste très controversée. Par ailleurs, les services en orthophonie et en ergothérapie sont souvent bénéfique surtout lorsque les habilités motrices ou langagières sont en plein développement. (F. Lussier & J. Flessas. 2009, pp. 465-466).

2. Orientation scolaire :

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 général, dans les meilleurs ruraux, la prise en charge par l'école régulière est inévitable, 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.

Dans les grands centres urbains ou des classes (ou écoles) spéciales existent, il faudra évaluer la question. L'évaluation neuropsychologique des comportements adaptatifs contribue largement à la décision d'une orientation scolaire favorisant au mieux le développement de l'enfant déficient, cependant, il faudra tenir compte des valeurs des parents, si celle-ci ne vont pas à l'encontre de mieux-être de l'enfant. Par ailleurs, la blessure narcissique qu'entraîne l'annonce de diagnostic, peut quelquefois amener le parent à faire un choix inadéquat dans l'orientation de son enfant : il faudra alors amener le parent à avoir des attentes plus réalistes et à lui faire comprendre les raisons qui justifient telle orientation plutôt qu'une autre pour le mieux-être de l'enfant, 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 du milieu scolaire dépendra souvent à la fois des ressources du milieu et des caractéristiques tant cognitives que comportementales de l'enfant. L'intégration sauvage c'est-à-dire à tout prix, n'a pas plus de sens que la ségrégation dans les classes spéciales, voire des écoles spéciales dès le début de la scolarité.

Un enfant déficient pourra éventuellement souffrir davantage de ses échecs à côté de ses pairs « normaux » que de l'ostracisme dont il ferait l'objet s'il était envoyé dans une classe spéciale. Les enfants qui fréquentent des écoles spéciales nous disent eux-mêmes qu'ils se sentent mieux depuis qu'ils ne sont plus pointés du doigt par les élèves du régulier, comme ils étaient dans des classes spéciales. (F. Lussier & J. Flessas. 2009, pp. 466-468).

Parfois, les troubles de comportement, qui apparaissent progressivement deviennent une source d'information précieuse pour orienter l'enfant, En effet, l'enfant dans 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. Il faudra donc être vigilant et pouvoir détecter les indices de détérioration qui reflètent davantage l'inconfort psychologique de l'enfant que ses limites cognitives. (F. Lussier & J. Flessas. 2009, p. 468).

3. Intervention pédagogique :

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 régulière ou 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. Quelquefois, l'enfant comprendra ultérieurement une tâche qu'il aura d'abord appris à maîtriser « *mécaniquement* ».

Par ailleurs, le choix des apprentissages doit être fait en fonction de l'âge réel pour ne pas prolonger indument l'infantilisation du jeune. Cependant, on doit rester attentif pour ne pas le mettre inutilement en situation d'échec lorsqu'il n'a pas les prérequis. Quelquefois, il faut aménager l'environnement pour permettre l'un et éviter l'autre. (F. Lussier, J. Flessas, 2009, p. 469).

On conclut que le retard mental est un trouble de développement de l'enfant qui a parfois de forte répercussion sur la vie quotidienne, et qui nécessite une prise en charge précoce qui va être adaptée en fonction de sa sévérité.

AXE III : Trisomie 21 :

Parmi les malformations congénitales on trouve la trisomie 21 qui résulte d'un accident mécanique subi par les chromosomes lors de la division cellulaire, plus précisément, il s'agit de la mal disjonction des deux chromosomes 21 lors de la méiose aboutissant à une anomalie de nombre.

1. Définition :

Selon l'organisation mondiale de la santé OMS : les cellules diploïdes somatiques humaines contiennent 46 chromosomes regroupés en 23 paires, dont 22 paires d'autosomes et 1 paire de chromosomes sexuels. Les gènes sont portés par les chromosomes; des anomalies chromosomiques concernent la structure ou le nombre des chromosomes, de sorte qu'elles impliquent de nombreux gènes. Les gènes défectueux ont des effets plus

graves et plus généralisés quand ils sont portés par des autosomes, que lorsqu'ils le sont par des chromosomes sexuels. La trisomie 21 (également appelée syndrome de down par les anglo-saxons) consiste dans l'existence d'un chromosome surnuméraire sur la 21 paire. (Organisation Mondiale de la santé, 1999, p.25).

« La trisomie 21 est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figurent en trois exemplaire au lieu de deux chromosomes ». (N. Sillamy, 1994, p. 273).

2. Les formes connues de la trisomie 21 :

Il existe 3 types d'aberration chromosomique dans la trisomie 21 ou bien syndrome de down :

2.1. La trisomie 21 libre et homogène :

On appelle trisomie homogène et on la qualifie aussi de libre. Dès la première division cellulaire qui suit la fécondation, elle se produit une non-disjonction chromatique au niveau de la vingt et unième paire. Cette altération est responsable de la présence de 3 chromosomes 21 chez l'embryon, dès l'origine nous retrouvons ces trois chromosomes tout au long de son développement, dans chacune de ces cellules. Elle est due au hasard; résulte d'un accident, elle la plus connue et la plus fréquente, représente (94% des cas).

2.2. La trisomie 21 mosaïque :

Provoquée par une non-jonction à n'importe quel moment, intervient un peu plus tardivement au niveau de l'œuf et concerne la deuxième ou la troisième division cellulaire. Quand c'est le cas, seules les cellules issues de

la lignée trisomique seront trisomiques, La trisomie en mosaïque est rare et peu étudiée, représente (2% des cas). (V. Denir, 2006, p. 08).

2.3 La trisomie 21 par translocation :

L'appariation de la trisomie 21 chez l'enfant n'est pas due à un accident le caryotype d'un des parents recèle une particularité : une partie d'un chromosome 21 est collée à un autre chromosome à la suite d'une translocation. Au moment de la constitution des gamètes, cet autre chromosome entrainera avec lui ce morceau de chromosome 21; qui pourra alors se trouver dans le même gamète que l'autre chromosome 21. Dans ce gamète; il y'aura donc une partie de matériel génétique de chromosome 21 présente en double exemplaire. Si ce gamète est fécondé; en rencontrant le chromosome 21 et issu du gamète de l'autre géniteur, il donnera un œuf et donc un enfant trisomique. Alors nous savons maintenant qu'une certaines parties du chromosome 21 en surnombre suffit à induire un syndrome complet. (Ibid, p. 08).

3. Étiologie de la trisomie 21 :

3.1. Les facteurs intrinsèques :

3 à 5% des cas de trisomie sont d'origine héréditaire, cela concerne d'abord les enfants trisomiques née de mères trisomiques (la probabilité est de 50 %) ; il existe ensuite les familles ou l'on trouve plusieurs enfants trisomiques, ces cas sont heureusement peu fréquentes et le deviendront de moins en moins avec le développement des méthodes de diagnostic prénatale et de conseil génétique.

Les cas de translocation chez le père ou la mère concernent 5% des cas de trisomie .d'autre cas peu nombreux également concernant la transmission des parents à l'enfant ou l'un des parents, phénotypiquement normale présente une structure chromosomiques en mosaïque.

3.2. Les facteurs liés à l'âge maternel :

On sait en effet, sans d'ailleurs pouvoir expliquer, que la survenue d'un enfant trisomique est plus fréquente après les 35ans de la mère .la probabilité de donner naissance à un enfant trisomique passe de 1 pour 1500 avant 30ans, à 1 pour 900 entre 30 et 35ans, entre 35 et 38ans le risque est de 1 sur 300, à 38-39ans, il est de 1 sur 150 enfin de 1 sur 60 après 40ans.

3.3. Les facteurs extrinsèques :

Sont beaucoup moins fréquente et peuvent se combiner aux facteurs intrinsèques, il concerne les radiations, l'effet génétique des virus, des agents chimique. Mutagènes, devers facteurs immunobiologiques, certains déficience en vitamines. (M. Guidetti & C. Tourette, 1999, pp. 118-119).

4. Les caractéristiques physiques des enfants trisomiques :

4.1. L'apparence physique :

Les modifications causées par la trisomie concernent essentiellement la tête, plus petite que la normale, et les caractéristiques du visage. L'arrière de la tête est souvent moins proéminent, les fontanelles peuvent être relativement larges et se fermer plus tard que chez l'enfant normale, le nez est aplati, les yeux sont légèrement bridés, la bouche est petite, le cou court, les mains sont petites avec les doigts courts, elles comportent un seul pli palmaire au lieu de deux. (Ibid, p.120).

4.2. La croissance physique :

La taille à la naissance est souvent normale, le retard de la croissance est souvent marqué après 4 ans. Les enfants trisomiques sont plus petits que la moyenne. Ils ont un aspect trapu en raison de la taille relativement réduite des membres par rapport au tronc, une allure générale relâchée en raison de l'hypotonie qui les caractérise. Une obésité légère est courante, on doit donc surveiller leur alimentation. La taille moyenne des filles trisomiques est supérieure à celle des garçons, surtout après 4 ans. (M. Guidetti & C. Tourette, 1999, pp. 120-121).

5. Que peut-on apporter aux personnes atteintes de trisomie :

Les aides à apporter aux personnes atteintes de trisomie et MGI (maladies génétiques de l'intelligence) appelées aussi « pathologies associées » sont nombreuses et diverses, elles sont d'ordre :

- Médicale;
- Paramédicale;
- Éducatif;
- Rééducatif;
- Psychologique;
- Pédagogique;

Elles doivent être adaptées à :

- La maladie génétique particulière qui est la trisomie avec sa symptomatologie spécifique;
- La trisomie de cet enfant-là, expression symptomatologique individuelle variable, car si un chromosome est atteint, particulièrement ou non, l'ensemble de patrimoine génétique (les

- autres chromosomes) est présent, s'exprime et induit de très grande variabilité dans tout les domaines.
- Trisomie de cette enfant-là, dans cette famille-là : pour avoir travaillé dans divers pays de diverses cultures, je sais qu'il faut adapter toute démarche à la réalité qui, d'ailleurs, même en terme symptomatologique ne s'exprime pas toujours de la même façon. (M. Cuilleret, 2007, p. 21).

6. Prise en charge, éducative et insertion scolaire des enfants trisomiques :

La prise en charge précoce (kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie, aide éducatrice), doit commencer dès que possible, à partir de 3 à 4 mois. Cet accompagnement doit être poursuivi, en vue de la meilleure autonomie et insertion sociale possible milieu ordinaire.

Lambert et Rondal (1979) ainsi que les ouvrages plus récents de Rondal déjà cités, proposent plusieurs principes d'intervention précoce à mettre en place concernant le développement du langage chez le jeune enfant trisomique. En ce qui concerne l'éducation de la parole, il est possible dans une certaine mesure d'agir sur les troubles évoqués ci-dessus. Le programme éducatif à mettre en place doit comprendre plusieurs caractéristiques. En particulier, il doit commencer tôt, il doit impliquer largement la famille de l'enfant, il doit en fin s'appuyer sur les données disponibles sur le développement linguistique de l'enfant normal. A partir d'un examen ORL détaillé, éventuellement suivi de la mise en place d'un appareillage en cas de déficit auditif, un premier bilan donnera des indications aux parents et éducateurs sur le degré d'audition de l'enfant et

l'éventuelle nécessité d'amplification du message sonore. L'éducation doit porter sur le plan phonatoire et articulatoire. Une éducation de la voix est également nécessaire : l'enfant doit apprendre à poser sa voix, à contrôler sa respiration. L'enfant doit également être sensibilisé aux caractéristiques des sons (intensité, hauteur, rythme...). Il est bien évident que le rôle des parents est essentiel dans cette éducation de façon à prolonger et amplifier l'entraînement à domicile. . (M. Guidetti & C. Tourette, 2014, p. 166).

En ce qui concerne l'éducation du langage, là aussi l'intervention doit se faire le plus précocement possible, dès les premiers mois de l'existence et en continuité pendant les premières années. Il est possible de développer l'attention conjointe, d'accroître la fréquence des valorisations sociales, de plus compliquées en particulier par l'aide de l'imitation accentuer l'apprentissage des prises de tours. Pour agir sur le retard de l'apparition des premiers mots, la notion d'objet (au sens d'objet permanent de Piaget) des premiers mots qui joue un rôle important dans l'acquisition du langage, peut également être développée. L'intervention peut porter aussi sur les l'aspect lexicaux et syntaxiques du comportement verbal comme par exemple attirer l'attention de l'enfant sur les relations entre les personnes, entre les personnes, entre les personnes et les objets de l'environnement, entraîner l'enfant à produire des combinaisons de mots d'abord élémentaires puis de plus en plus compliquées en particulier par l'aide de limitation.

La loi de 11 février 2005 a réaffirmé que l'accès à l'école ordinaire est de plein droit et dans les même conditions pour tous les enfants, quelle que soit leur situation. On peut considérer qu'actuellement l'accueil des enfants trisomiques en crèche, en école maternelle et dans les premières années de

L'école primaire se fait sans trop de difficulté, se qui paraît tout à fait bénéfique pour la socialisation de ses jeunes enfants. Par la suite, le maintien en classe ordinaire, ni souhaitable ni possible pour tout les enfants trisomiques, risque de se heurter à la lenteur de la progression déjà évoqué que l'on va observer dans les acquisitions scolaires et à la faible motivation qui les caractérisent. (M. Guidetti & C. Tourette, 2014, pp. 167-168).

Synthèse du chapitre :

L'une des conditions pour pouvoir parler de retard mental Quelle que soit les déférentes définitions présentées par l'organisation mondial de la santé (OMS), de l'American psychiatrie association (APA) et de l'American association en Mental Retardation (AAMR), est que le QI soit inférieur à 70, ce qui veut dire que la déficience intellectuelle refaire à un niveau de fonctionnement cognitif global, significativement inferieur à la moyenne avec une réduction des capacités d'adaptations aux exigences quotidiennes de l'environnement social. Elle se manifeste pendant la période de développement, avant l'âge de 18 ans, Elle peut être liée à des facteurs génétiques (ex. : trisomie 21), des facteurs environnementaux ou des facteurs socioculturels.

Un enfant qui souffre de déficience intellectuelle légère doit être intégrée dans un Institut spécialisé dès que possible, afin de suivre un programme qui lui permet d'apprendre et de devenir autonome au fil des années, ce qui facilitera son intégration dans la société à l'âge adulte.

On va passer à la partie pratique dont on va proposer deux chapitre ; méthodologie de recherche et discussion et analyse des résultats.

*Problématique et
hypothèse*

Problématique et hypothèse

La santé revêt une importance vitale pour tous les êtres humains dans le monde, quelque soit nos différences, la santé est notre bien le plus précieux, une personne en mauvaise santé ne pourra pas profiter pleinement de sa vie, car son bien être physique et/ou mental sera altéré par une maladie ou une infirmité, ce qui est souvent le cas chez les personnes handicapées.

Aujourd'hui, les sociétés par leurs acteurs sociaux ont élaboré des théories pour expliquer et confirmer que le handicap n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. Pour surmonter les difficultés auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires.

En effet l'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'handicap comme *« est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise »*. (L. ROMAIN, 1998, p36).

Selon L'OMS ; plus d'un milliard de personne vivent avec un handicap, cela représente environ 15% de la population mondiale, entre 110 million (2.2%) et 190 million (3.8%) de personnes âgées de plus de 15 ans présentent des difficultés fonctionnelles importantes, environ 150 million de nombre d'enfant au monde qui souffrent d'un handicap, 80 % entre eux vivent dans des pays en voies de développement. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>). Consulté le 15/04/2017 à 18:30h).

En outre, les raisons de la survenue d'un handicap sont diverses et certaines restent inconnues, les causes possibles ne produisent d'ailleurs pas toute leurs

Problématique et hypothèse

conséquences au même moment du développement de la personne, comme l'handicap mental, ou certain préjugés entourent encore son origine, est t'il héréditaire ? Génétique ? Accidentel ?

Par ailleurs, selon la direction de l'action sociale et de la solidarité, la wilaya de Bejaia compte 21733 titulaires de cartes handicapés, dont 11474 sont des handicapés mentaux, ou un grand nombre de ce type d'handicap ont une cause génétique, on distingue les anomalies chromosomiques telles que le X fragile et la trisomie 21 dont la récurrence au sein d'une famille reste faible. (DASS de Bejaia, 2017).

Ainsi, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, la personne handicapée mentale est porteuse de manière permanente d'un retard mental dont l'origine peut être très diverse, elle a donc généralement besoin, le plus tôt possible, d'un soutien et d'un accompagnement adaptés pour l'aider à mieux communiquer avec les autres, exprimer ses envies, s'éveiller et développer sa personnalité, aller à l'école, travailler, en quelque mot : vivre sa vie.

De ce fait, l'association américaine pour le retard mental (AAMR), (2002) a ajouté des éléments intéressants dans la définition, en fléchissant les besoins de soutien de la personne et en prenant en compte l'interaction entre ses capacités et l'environnement dans lequel elle vit. Le retard mental est considéré comme la résultante de l'accumulation ou de l'interaction de plusieurs facteurs inhérents à la personne et/ou à son environnement. Elle suggère de considérer 4 dimensions :

- 1- Le fonctionnement intellectuel et les habilités adaptatifs ;
- 2- Les considérations psychologiques et immotives ;
- 3- Les considérations physiques de santé et étiologique ;
- 4- Les considérations environnementales. (C. Tourette, 2014, p.406).

Dans ce cadre on peut dire que le retard mental recouvre un champ large, intégrant des situations différentes, parmi les catégories rencontrées, il y en a

Problématique et hypothèse

une qui est caractérisée par le fait qu'elle se situe au plus près de la zone de la normalité : le retard mental léger.

Ainsi un enfant ayant un retard mental à une capacité plus limitée d'apprentissage. Sa compréhension se développe de façon décalée par rapport à la moyenne des autres enfants. Cela se traduit par un rythme d'adaptation plus lent et des difficultés à faire face aux exigences de la vie quotidiennes. Un enfant retardé mental se définit à la fois par la moindre efficacité relativement aux enfants du même âge chronologique et par l'altération du comportement adaptatif. (L. Henri & M. Daniel, 2002, p. 284).

Notre étude portera sur les enfants retardés mentaux atteints de la trisomie 21 « *qui est la cause génétique la plus fréquente de retard mental. Elle représente en moyen 22% des cas de retard mental d'origine connue. La prévalence de cette anomalie chromosomique est de l'ordre de 8 à 1 pour 1000 naissances vivantes. Un enfant porteur d'une trisomie 21 n'est plus considéré comme ayant un développement simplement ralenti, mais comme présentant un profil développemental particulier* ». (M. C. Haelewyck, H. Gascon, 2010, p.61).

Durant notre explorations qui correspond à la phase de la pré-enquête, on a remarqué que les enfants trisomiques atteints de retard mental léger, peuvent lire, écrire, calculer un peu moins de façon limitée, ainsi ils pourraient parler bien que plus lentement, plus difficilement que les autres et que leurs langage sera plus limité et moins symbolique, plus concret, comme ils ont des difficultés de mémorisation, de concentration, d'apprentissage, et malgré tout cela, ces enfants ont de l'affection pour leurs parents, camarades et éducateurs, ils sont entouré par leurs familles qui les encouragent, les aident et les comprennent.

On a noté aussi que ces enfants ont le désir d'être en groupe, nouent facilement des relations, mais aussi et parfois éprouvent des réactions agressives envers leurs camarades, le comportement de tristesse et une limitation à accomplir des tâches. Tous ces derniers l'estime de soi qui est une composante fondamentale dans la construction de la personnalité.

Problématique et hypothèse

Dans ce cadre l'estime de soi correspond à la dimension évaluative du concept de soi, c'est-à-dire à l'ensemble des représentations dans l'individu disposé à propos de lui-même. Elle permet d'approcher le sentiment qu'il a de ses propres compétences et ses qualités dans les différents domaines : l'école, la famille et la société ; mais elle dépasse ces spécificités dans une signification plus extensive. Elle désigne ce sentiment plus ou moins favorable que chacun éprouve à l'égard de ce qu'il pense être. Elle manifeste dans quelle mesure chacun s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne. (P-G. Coslin, 2002, p. 121).

Dans notre recherche on va donc essayer de décrire et d'apprécier la qualité de l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger.

A cet effet et après cette analyse, la question de départ est :

Quelle est la nature de l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger ?

Pour répondre à la question de cette recherche on a formulé l'hypothèse suivante :

La nature de l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger est mauvaise.

2. Opérationnalisation des concepts:

2.1. Estime de soi :

« L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même, elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important ». (S. Cooper, 1984, p. 6).

« L'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité, et une manière dont on se voit, ce regard de jugement que l'on porte sur soi est

Problématique et hypothèse

vital à notre équilibre psychologique, lorsqu'il est positif il permet d'agir efficacement, de faire face aux difficultés de l'existence, mais quand il est négatif il engendre de nombreuses souffrances et de désagréments qui viennent perturber notre quotidien ». (Ch. André & F. Lélord, 2007, p. 35).

- **Opérationnalisation de l'estime de soi élevé :**

- 1- Sentiment de sécurité ;
- 2- Développement de l'amour envers soi même ;
- 3- Le sentiment de compétence et de performance ;
- 4- Croire à sa réussite, et ne pas craindre l'échec et les jugements ;

- **Opérationnalisation de l'estime de soi basse :**

- 1- Sentiment de dévalorisation ;
- 2- Crainte d'être rejeté et déprécié ;
- 3- Difficulté à prendre des décisions ;
- 4- Avoir de mauvaises opinions sur soi ;
- 5- Être mal à l'aise dans les relations avec les autres personnes ;

2.2. L'enfant :

« Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». (M. Euwema, 2006, p. 06).

- **Opérationnalisation de concept de l'enfant :**

- 1- être humain qui n'a pas encore eu dix-huit ans ;
- 2- un être sensible et fragile, qui à besoin de soins et de protection ;
- 3- Aime joué ;
- 4- Besoin de l'autre ;
- 5- Être heureux, avec la présence de ses parents ;
- 6- Être en développement physique et psychologique.

2.3. La trisomie :

« État génétique, pathologique, caractérisé par la présence dans les cellules d'un chromosome surnuméraire placé à côté de la paire de chromosomes homologues de même type. Ce traduit cliniquement par des malformations diverses, souvent complexes, qui varient selon le groupe auquel appartient le chromosome surnuméraire ». (A. Manuila & al, 2004, p. 528).

- **Opérationnalisation de concept de la trisomie :**

- 1- Faible tonicité musculaire;
- 2- Visage rond, derrière de la tête aplatie;
- 3- Cou un peut plus court;
- 4- Petites oreilles;
- 5- Les yeux bridés, paupières inférieurs larges;

2.4. Retard mental léger :

« C'est un sujet dont l'infériorité intellectuelle est assez légère pour être méconnue de l'entourage et pour que le clinicien qui la soupçonne doive recourir à des procédés spéciaux pour la démontrer et l'évaluer ». (M. Philippe, 2001, p. 107).

- **Opérationnalisation de concept de retard mental léger :**

- 1- Quotient intellectuel (QI) entre 50 et 70;
- 2- Le niveau de développement intellectuel est indépendant de son âge chronologique ;
- 3- Il apprend à lire, écrire et à compter, mais n'accède pas à une structure de possibilité d'abstraction ;
- 4- Il reste aux niveaux des opérations concrètes.

Partie pratique

Chapitre IV
Méthodologie de la
recherche

Préambule :

La réalisation d'une recherche scientifique nécessite une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigations.

Au cours de ce chapitre, on va présenter l'ensemble des étapes de la réalisation de notre recherche sur l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger en se basant sur la méthodologie suivante : la définition des concepts clés de notre travail de recherche, la méthode utilisée, la présentation du lieu de recherche et la description de notre groupe de recherche ainsi le déroulement de notre pré-enquête et l'enquête.

1. Objectif de la recherche

L'objectif général de cette recherche est de décrire la nature de l'estime de soi chez les enfants trisomique atteints d'un retard mental léger, et à quel point l'environnement où se situe ces enfants peut influencer sur leurs estime de soi.

2. Raisons du choix du thème

On a fait un stage en troisième année au centre psychopédagogique à -Sidi Ali Labher- Bejaia, et depuis la catégorie des trisomiques atteints d'un retard mental nous a intéressé, cela c'est bien consolider, en master I, on a alors étudié la matière des troubles envahissants du développement qui nous a apporté une meilleure vision pour notre choix de thème.

3. But de la recherche

-Mesurer l'estime de soi.

-enrichir la bibliothèque universitaire avec un travail académique.

-mettre en lumière la situation des enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger.

4. Les limites de la recherche

Notre recherche s'est déroulée au sein d'une association pour les inadaptés mentaux qui se trouve à -IHADADEN-Bejaia. Du 01 au 30 Avril 2017.

Notre groupe de recherche est composé de 5 enfants trisomiques atteints de retard mental léger.

On a utilisé comme outils l'entretien clinique semi-directif et l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith (forme scolaire), et on a adopté la théorie cognitivo- comportementale.

5. La méthode clinique :

« La méthode peut se rapporter à une façon et organise la recherche, elle dicte, alors, une manière de concevoir et de planifier son travail sur un objet d'étude en particulier, elle peut intervenir de façon plus ou moins impérieuse et plus ou moins précise à toute les étapes de la recherche ». (M. Angers, 1997, p.59).

La méthode clinique *« est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il ya de typique et ce qu'il ya d'individuel chez un sujet, considéré comme un être prises avec une situation déterminée ».* (N. Sillamy, 1999, p.58).

On a opté pour la méthode clinique dans notre recherche pour recueillir le maximum des données sur notre sujet de recherche et d'étudier ainsi que de décrire que d'analyser les sujets en tant que cas individuel.

L'étude de cas est une étude approfondie sur un cas en particulier, soit-il une personne, un groupe ou un sujet spécifique. C'est une démarche de recherche qui se situe dans l'horizon des méthodes qualitative. On a opté pour cette méthode car elle est la plus utilisée en recherche clinique et elle nous permet d'étudier chaque cas, l'identifier et le caractériser par rapport de l'autre, d'apprécier la nature de l'estime de soi ainsi de décrire les pensées, les émotions et les réactions (attitudes et comportements) de ces enfants face à leur handicap.

Elle est défini comme : « *L'étude de cas consiste donc à apporter un phénomène à son contexte et à l'analyser pour voir comment il s'y manifeste et se développe* ». (L-T. Guillaume, 2009, p.06).

6. Présentation de lieu de recherche :

Notre recherche a été effectuée au sein du centre d'aide aux inadaptés mentaux de la cité des 1000 logements d'IHADDADEN, Bejaia, c'est un centre qui a été crée en 1983, elle à pour objectif la prise en charge psychopédagogique et la formation professionnelle adaptée aux jeunes déficients mentaux, non scolarisables mais de niveau semi éduicable, ne présentant pas de graves troubles du comportement et de personnalité.

L'équipe psychopédagogique du centre se compose d'une psychologue clinicienne, une orthophoniste, un chargé pédagogique, un chargé de psychomotricité, une assistante sociale, un médecin, deux agents et trois cuisiniers.

Le centre d'aide aux inadaptés mentaux prend en charge 32 enfants et 51 adolescents, ce qui signifie un total de 83 répartis sur 11 classes.

7. Présentation de groupe de recherche :

Notre groupe de recherche se compose de 5 cas sans distinction entre les deux sexes car on n'a pas pu rassembler le nombre souhaité de cas de même sexe.

7.1. Les critères pertinents:

Nous avons choisi les sujets qui sont intégrés au sein de l'association, ces enfants évoluent dans le même climat relationnel et affectif et sont aussi sous la responsabilité du même personnel. Tout les cas qui ont participé sont des enfants atteints d'un retard mental léger associés au syndrome de down (trisomie 21), âgés entre 9 à 12 ans car elle est la tranche d'âge des enfants qui peuvent comprendre et répondre aux questions malgré la présence des difficultés langagières.

7.2. Les critères non pertinents :

Dans notre recherche on a étudié les deux sexes et on n'a pas pris en considération le niveau socio-économique, la langue et la date d'insertion ainsi que leurs difficultés langagières.

-Les caractéristiques de notre groupe de recherche :

Tableau N°01 : Les caractéristiques de notre groupe de recherche :

Cas	Prénom	Age	Date d'insertion	Forme de la trisomie
1	Céline	12 ans	2010	Trisomie 21
2	Maya	11 ans	2011	Trisomie 21
3	Alicia	09 ans	2015	Trisomie 21
4	Ilasse	12 ans	2010	Trisomie 21
5	Omar	09 ans	2015	Trisomie 21

Ce tableau présente une description de notre groupe de recherche ou on a mentionné les critères de sélection (l'âge, la date d'insertion au centre et la forme de la trisomie). Ce groupe contient 5 enfants trisomiques âgées entre 9 et 12 ans, il se compose de 3 filles et 2 garçons, on a changé les prénoms dans le but de garder l'anonymat de notre groupe de recherche.

8. Les outils de la recherche :

La technique de la recherche constitue un moyen de considération de la démarche, dans notre étude on a utilisé des outils d'investigation dans le but de récolter le maximum d'informations, On a utilisé l'entretien de recherche de type semi-directif et un usage complémentaire de type psychométrique qui est l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith qui nous a permis de mesurer le degré de l'estime de soi de notre groupe de recherche, pour voir s'il s'agit d'une bonne ou une mauvaise estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger.

8.1. L'entretien de recherche :

On s'est porté pour une méthode de recherche par entretien en raison du thème abordé pour récolter le maximum d'informations sur notre sujet en vue de l'insuffisance de l'utilisation seule de l'échelle de Cooper Smith.

L'entretien de recherche est un des outils privilégiés de la méthode clinique dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de parole dans une adresse à un chercheur. Il est défini comme : « *une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande* ». (B. Alexander et al., 2005, p. 381).

Dans le cadre de notre recherche, et vue la qualité des informations recherchées, on a opté pour l'entretien semi directif de recherche pour donner plus de liberté aux sujets interrogés. Ce dernier se définit comme suit : *« un usage complémentaire ou le clinicien pose quelques questions pour orienté le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien son préparés à l'avance, elles s'adaptent à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple »*. (S. Lonescu & A. Blanchet, 2006, p. 14).

L'entretien de recherche semi directif s'adapte mieux avec notre objectif de recherche d'un domaine encore méconnu par nous, celui de la nature de l'estime de soi chez les enfants trisomique atteints d'un retard mental léger, ce qui va nous permettre non seulement d'établir les faits, mais de saisir les significations données par les personnes aux situations qu'ils vivent.

8.1.1. La consigne de l'entretien clinique semi directif :

1- Avec les mamans :

« On est des stagiaires dans ce centre psychopédagogique, et en vue de l'obtention de notre diplôme de master en psychologie clinique, on aimerait vous posez quelques questions sur vous et sur votre enfant scolarisé ici, le déroulement de votre grossesse, ainsi que sur votre relation avec votre enfant et votre état de santé à cette époque et actuellement ».

2- Avec l'enfant :

Quant à l'enfant on n'a pas utilisé une consigne précise, car a chaque fois on reformule les questions pour que le sujet puisse comprendre et répondre.

3- Avec Les personnel :**3.1. Le médecin :**

« On travaille sur la nature de l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude en psychologie clinique, on aimerait vous poser quelques questions sur l'état de santé de nos sujets de recherche au début de leur arrivé au centre et actuellement »

3.2. L'éducatrice :

« On travaille sur la nature de l'estime de soi chez les enfant trisomiques atteints d'un retard mental léger, on aimerait vous poser quelques questions sur son comportement, son adaptation et sa relation avec vous et ses camarades ».

3.3. La psychomotricienne :

« On travaille sur la nature de l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger, on aimerait vous poser quelques questions sur le développement psychomoteur de sujet au début de son arrivé au centre et actuellement ».

On renvoie le lecteur à l'annexe n° 01, celle de guide d'entretien semi directif.

8.1.2. Présentation de guide d'entretien clinique semi directif :

Notre guide d'entretien semi directif contient sept Axes, chaque Axe contient plusieurs questions soit principale ou secondaire qui nous ont permis de recueillir le maximum d'information sur notre sujet de recherche.

Nous avons proposé notre guide d'entretien sous la forme suivante :

Les cinq premiers axes s'adressent à la mère du sujet de recherche :

Axe I : Le vécu de la grossesse :

Cet axe contient trois questions;

Objectif : il nous semble important de connaître le déroulement de la grossesse de mère de sujet, vue de l'importance de cette période et son impact sur la relation mère-enfant.

Axe II : L'annonce du diagnostic :

Il se compose de quatre questions;

Objectif : connaître la réaction de la mère et les membres de la famille au moment de l'annonce du diagnostic.

Axe III : Les interactions mère-enfant :

Il se compose de sept questions;

Objectif : découvrir le comportement et les sentiments de la mère envers son enfant et décrire sa relation avec lui et avoir des éléments sur l'estime de soi de l'enfant selon sa mère.

Axe IV : L'état mental et physique de la mère :

Il se compose de trois questions;

Objectif : comprendre si l'état de l'enfant influence sur l'état de santé de la maman.

Axe V : L'avenir de l'enfant :

Il contient deux questions;

Objectif : on tente de savoir ce que la maman attend de son fils à l'avenir et si elle se projette aussi.

Axe VI : Entretien avec l'enfant :

Il se compose de cinq questions;

Objectif : proposer une description qualitative de l'estime de soi.

Axe VII : Entretien avec les personnels du centre :

Il se compose de trois questions, une pour chaque personnel (médecin, l'éducatrice, psychomotricienne);

Objectif : savoir si l'enfant a fait une évolution depuis son insertion au centre psychopédagogique et avoir des éléments sur l'estime de soi de cet enfant.

8.2. L'analyse de l'entretien de recherche :

Nous avons utilisés l'analyse qualitative c'est-à-dire on a repris l'intitulé des axes et rapporter à l'intérieur le discours et le récit du sujet, cela est accompagné d'une lecture clinique avec une terminologie cognitivo-comportementale.

8.3. Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith (SEI) :

Pour mesurer le niveau d'estime de soi de notre groupe de recherche, on a privilégié un instrument Anglo-saxon traduit, adapté puis validé par le Centre de Psychologie Appliquée (C.P.A). Il s'agit de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith (SEI).

L'inventaire d'estime de soi a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel (ou scolaire). Une échelle de mensonge a été ajoutée. Le SEI (Self Esteem Identity)

comporte « 58 items », décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case « *Me ressemble* » ou « *Ne me ressemble pas* ». Le test se présente sous deux formes (scolaire et adulte). La composition de l'inventaire est identique dans les deux formes : Échelle générale, sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.

Les consignes d'administration et le temps de passation

Dans les pages qui suivent, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lisez attentivement chacune de ses phrases.

Quant une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « *me ressemble* ». Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de colonne intitulée « *ne me ressemble pas* »

Efforcez vous de répondre à toutes les phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

Le test est constitué de 58 items dont 24 positifs et 34 négatifs.

Tableau°02 : les items positifs et négatifs de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

Items Positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items Négatifs	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57

(S. Cooper, 1984, p.9).

Les items sont aussi répartis selon les composantes théoriques de l'estime de soi et en plus une échelle de mensonge.

Tableau N°03 : la composition de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

Échelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57.
Échelle sociale	5-8-14-21-28-40-49-52.
Échelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44.
Échelle scolaire	2-17-23-33-37-42-46-54.
Échelle de mensonge	26-32-36-41-45-50-53-58.

(S. Cooper, 1984, p.17)

Les étapes d'analyse des résultats de test d'estime de soi :

L'analyse des résultats obtenus par le test d'estime de soi celui de Cooper Smith se fait en deux étapes qui sont les suivantes :

a- La cotation :

La cotation du test d'estime de soi se fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire d'estime de soi Cooper Smith, et comptant « 1 point » par croix apparaissant à travers les repères. Les 5 notes obtenues : générale, familiale, sociale, scolaire et mensonge, seront inscrites sur la feuille de réponse. la note totale d'estime de soi s'obtient en sommant les notes aux 4 échelles générale, familiale, sociale, scolaire. La note de l'échelle de mensonge n'entre pas dans le totale. La note maximum est de « 26 » pour l'échelle générale et de « 8 » pour les autres échelles elle est de « 50 » pour la note totale d'estime de soi.

Tableau N°04 : La grille de correction de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

Composantes	Items	Réponses	Notes	
Estime de soi générale	Positif	1-4-19-27-38-39-43-47	Me ressemble	1
		Ne me ressemble pas	0	
	Négatif	3-7-10-12-13-15-18-24-25-30-31-34-35-48-51-55-56-57.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi sociale	Positif	5-8-14-28.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	21-40-49-52.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi familiale	Positif	9-20-29.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	6-11-16-22-44.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi scolaire	Positif	33-37-42.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Échelle de mensonge	Positif	26-32-41-50-53-58.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	35-45	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

(S. Cooper, 1984, p.20).

b- Classement et interprétation :

Après la correction de réponses obtenues, on aura la note totale de l'estime de soi ainsi que les notes de ses différentes composantes théorique et aussi la note totale de l'échelle de mensonge.

L'interprétation des résultats obtenue dans la correction est basée sur deux tableaux le premier est celui du niveau total d'estime de soi classé par ordre en « 5 » classes et le deuxième concernant les valeurs caractéristiques des échelles : générale, sociale, familiale, scolaire et mensonge.

Tableau N°05: Les niveaux d'estime de soi selon l'inventaire de Cooper Smith :

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	18	Très bas
2	19 à 30	Bas
3	31 à 38	Moyen
4	39 à 45	Élevé
5	46 à 50	Très élevé

(S. Cooper, 1984, p.17)

Ce tableau indique qu'il y aura une possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon « **5 classes** », la classe première (18) c'est la note minimale qui indique un niveau d'estime de soi très bas, la seconde (19 à 30) indique un niveau d'estime de soi bas. C'est deux classes désigne ceux qui ont une évaluation négative d'eux même.

Ensuite la troisième classe de (31 à 38) considérée comme un niveau moyen d'estime de soi, c'est un indicateur d'une évaluation positive de soi.

La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé (39 à 45).

Enfin la dernière classe (46 à 50), qui englobent des sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale. (CPA, 1984, p 13).

Tableau N°06 : Valeurs et caractéristiques des échelles

Échelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Moyenne	18.46	5.67	4.92	4.12	33.35	2.38

(S. Cooper, 1984, p. 17)

L'analyse et l'interprétation des résultats doit se faire par une comparaison intra-individuelle, en repérant les domaines où l'estime de soi est plus basse ou plus élevée.

Une note élevée à l'échelle de mensonge peut indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi donc, l'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon le résultat obtenu dans l'échelle de mensonge. (C PA, 1984, p. 14).

9. Déroulement de la recherche :

9.1. La pré-enquête :

La pré-enquête représente une étape très importante dans notre projet de recherche; elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations qui permettent le déroulement de l'enquête.

Notre première pré-enquête s'est déroulée au niveau du centre psychopédagogique de Souk El Tenine, durant notre première visite au mois de novembre 2016, on a discuté avec le chef de service sur la possibilité d'avoir accès au centre pour effectuer notre stage pratique en vue de réaliser notre recherche, le chef de service nous a orienté vers l'un des deux psychologues du centre, pour parler avec lui sur l'existence et l'accessibilité du groupe de recherche. Après on a discuté avec ce psychologue sur la présence ou non des enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger.

Le psychologue nous a alors montré les fiches d'anamnèse, on a constaté que les critères de ses enfants ne conviennent pas à notre thème de recherche étant donné que ces enfants présentent un retard mental profond, ainsi que la catégorie d'âge qui ne convient pas à notre thème. Puis le psychologue nous a ensuite orienté vers l'association des inadaptés mentaux –Ihaddaden- dans l'espérance de trouver un échantillon pour notre thème de recherche.

Le lendemain, on s'est déplacé vers l'association des inadaptés mentaux d'Ihaddaden et on a discuté avec le directeur qui nous a orienté vers la psychologue du centre qui nous a rassurée verbalement sur l'existence des sujets souhaités.

Afin de constituer notre groupe de recherche, on se rendait deux fois par semaine (dimanche et jeudi), dans le but de rencontrer les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger et d'en choisir ceux qui conviennent à nos critères.

Après trois semaines de contact et avec l'aide de la psychologue qui nous a montré les dossiers de ces enfants, on a pu sélectionner cinq cas pour notre recherche.

9.2. Le déroulement de l'enquête de terrain

Notre enquête s'est déroulée entre le 01/04/2017 jusqu'à 30/04/2017 au niveau d'une association pour les inadaptés mentaux. Notre pratique est divisée en trois étapes : la première nous a pris une période de dix jours où on s'est présenté quatre fois dans le but d'observer les sujets de recherche et avoir plus d'informations sur eux, afin d'établir une relation de confiance, on peut définir l'observation réalisée comme suit : « *l'action de considérer avec une attention suivie la nature, l'homme, la société, afin de mieux les connaître* ». (J-L. Adrien & M. Alain & al, 2006, p. 14). En psychologie clinique l'utilisation de l'observation comme méthode de recueil des données est souvent nécessaire comme complément d'autres

informations; le comportement concret des sujets, ces attitudes lors de la rencontre, fournissent d'autres éléments parfois révélateurs ou simplement posant de nouvelles questions. Dans notre recherche les observations ont été effectuées lors des entretiens de recherche.

La seconde partie est employée à la passation de guide d'entretien avec les éducatrices puisque les enfants étaient de classes différentes, le médecin, la psychomotricienne et en dernier les mères des sujets de recherche avec le libre choix de la langue, enfin avec les enfants eux-mêmes, cette étape nous a pris une durée de 15 jours puisque certaines mères des sujets de recherche n'ont pas répondu par leur présence au rendez-vous d'entretien à cause de leur travail, Ainsi que deux sujets de recherches ont absenté durant la première semaine de cette étape. On a fixé le lieu de la passation avec tout les concernés sauf les enfants dans le bureau de la psychologue pour une durée de 20 minutes pour chacun. Et avec leur accord on a utilisé le moyen d'enregistrement pour le recueil d'information.

Pour les enfants on a profité le moment de la récréation car ils sont plus à l'aise quand ils jouent et répondent librement.

La troisième partie est consacrée à la passation de l'inventaire de Cooper Smith dans le bureau de la psychologue en traduisant en langue kabyle. Ou chaque matin on prend un seul cas pour une durée de 20 minutes.

10. L'attitude de chercheur

Le chercheur en psychologie doit avoir certaines attitudes, comme l'attitude de neutralité bienveillante, c'est-à-dire qu'on n'a pas essayé de formuler des réponses aux sujets et en intervenant juste pour solliciter une production verbale de leur part. On a respecté le moment de silence et on n'a pas cherché à influencer. On doit aussi être attentif à tout ce que le sujet dit et observer le contenu manifeste et latent

avec de l'empathie. En essayant d'adopter et d'avoir ses critères afin de donner un aspect scientifique à notre recherche.

11. Les difficultés rencontrées:

- La difficulté d'accéder à la documentation sur l'estime de soi.
- La difficulté d'accéder au manuel de Cooper Smith.
- La difficulté d'accéder aux études antérieures algériennes sur l'estime de soi en relation avec le handicap.
- La difficulté dans la passation du guide d'entretien parce que la psychologue du centre nous a exigé un autre guide d'entretien.
- La difficulté de choisir notre groupe de recherche parce qu'ils s'absentent, et ils présentent des difficultés langagières.
- La difficulté d'établir une relation avec les enfants.
- La difficulté dans la passation des entretiens avec les enfants car ils refusent de répondre, donc on est obligé de répéter la question plusieurs fois.
- l'agressivité manifestée par certains enfants.
- La difficulté de contacter les parents puisque certains d'entres eux travaillent.
- La difficulté de comprendre le langage des enfants.
- Les sorties que font les personnels du centre pour les enfants se qui nous a retardé dans l'avancement de notre travail avec le groupe de recherche.

Synthèse du chapitre :

La méthodologie permet un bon usage des techniques d'investigations choisis, et dans ce chapitre Nous venons d'examiner en détail de quelle manière cette étude a été réalisée.

Dans ce qui va suivre, on va aborder le cinquième chapitre qui est consacré à la présentation, analyse et discussion des résultats de notre recherche.

Chapitre V
Description et analyse
des résultats

I. Présentation et analyse du Cas :

Cas N° 01 : Céline

Céline est une fille âgée de 12ans, c'est la dernière d'une fratrie composée de cinq enfants, sa mère est une femme au foyer âgée de 64ans,

1.1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :

Axe I : le vécu de la grossesse

D'après la mère, Céline est une fille non désirée : « *ovrirara, thimatawan kan lwahi s3igh la tension ombaad ogathere* » (je ne l'ai pas voulu, je pleurais tout le temps, surtout tellement j'avais l'hypertension). La mère de Céline n'a pas accepté l'idée d'avoir un autre enfant surtout dans un âge aussi tardif et puisque elle avait également des problèmes de santé.

Elle racontait aussi sur le déroulement de la grossesse, elle disait : « *ombaad dayan normal mi s3igh arbaa shhour khathmar l'écographie aalmar bali takchichte* » (après sa venue m'est parue normale et quand j'avais 4 mois de grossesse j'ai passé l'écographie et à ce moment je savais que c'était une fille). La mère de Céline, selon ses dires a dépassé la situation et elle a accepté sa grossesse.

La mère de Céline nous a dit qu'elle n'imaginait pas sa fille : « *otidamagininiragha,managh juste takchichte normale* » (je ne l'avais pas imaginé, juste j'ai souhaité une fille normale). Ce qui signifie qu'elle n'a jamais imaginé son enfant, mais elle était loin de se douter de l'atteinte de sa fille comme on a déjà cité dans la partie théorique, l'âge tardif de la femme, est parmi les facteurs majeure de la trisomie.

Axe II : l'annonce du diagnostique

La maman nous a dit : « *mitdourough 3almagh bali tamongolte khatagh tas3a alan nchinois ombaade tousade tatvivth tanayid bali ilim tas3a retard* » (quant j'ai accouché, je savais que ma fille est trisomique parce qu'elle avait des yeux de type chinoise, après le médecin est venu et elle ma dit que ta fille souffre d'un retard). La maman a reconnu sa fille à partir de ses yeux et comme on a déjà mentionné dans la partie théorique les yeux bridés est une des caractéristiques des enfants trisomiques.

Elle rajoute : « *ligh loihi thili, khatar tatvivthni tanayasade iyali* » (j'étais avec ma fille, parce que le médecin a dit à ma fille).

Elle nous a dit : « *normale mi yedanan, orourade achhal orazrighara amayi* » (j'ai réagi normal au moment de l'annonce car j'ai accouché plusieurs fois et je n'ai pas vu comme elle). La mère a fait une comparaison entre ses enfants quant elle a vue sa fille trisomique et elle disait : « *othachavahagha ayathmasse* » (elle ne ressemble pas a ses sœurs). A partir de ses dires on déduit que la mère a une idée sur les enfants trisomiques et au moment qu'elle a vu son visage elle savait que sa fille est trisomique.

Elle rajoute : « *ohaoisragha athfahmagh khatar os3iragha dachou arakhathmar* » (je n'ai pas cherché des explications car je ne peux rien faire). La maman n'a pas cherché des explications et elle semble accepter son destin, elle s'est montré impuissante et incapable de réagir.

Concernant la réaction de la famille elle dit : « *normal thibinte ikal* » (normal toute la famille l'aime). D'après ses dires on comprend que la maman semble accepter la situation et la gère également, elle a une famille qui la comprenne ce qui l'aide à accepter rapidement sa fille trisomique.

Axe III : les interactions mère-enfants :

La maman de Céline nous a dit : « *thibirte amayathmasse disatmasse toilighte normale* » (je l'aime comme ses frères et sœurs et je la considère normale). Et elle rajoute : « *tamaamalar dithesse akam daraiw nithan* » (je me comporte avec elle comme mes autres enfants) la mère ne traite pas Céline de façon différente car elle est trisomique mais elle le considère comme les autres, ce qui a aidé Céline à avoir confiance en soi.

La mère nous a dit : « *tathibi atakhtham chrel dithi omaad takrasse atachlil ikvache* » (elle aime faire des activités à la maison et moi je lui donne à faire la vaisselle). Elle rajoutait : « *oaitaatvagha ikel guatarbiaisse* » (je ne trouve aucune difficulté en ce qui concerne son éducation). Cela peut nous aider à dire que Céline reçoit une éducation comme ses sœurs.

Axe IV : État mental et physique de la mère

La maman de Céline disait : « *s3igh la tension loihi askar* » (je souffre de l'hypertension et le diabète). Elle rajoutait « *otdigoutiragha , otarouragha* » (je ne me dégoûte pas, je ne pleure pas).

Ce qui signifie que malgré sa maladie elle s'occupe toujours de sa fille.

Axe V : l'avenir de l'enfant

La mère nous a dit : « *atamrar atazmar il3amrisse* » (quand elle va grandir elle sera autonome). Elle rajoutait : « *tminighrasse atazmar il3amrisse oltotohoige oma thehad* » (je souhaite qu'elle soit indépendante et qu'elle n'aura pas besoin de personne) la maman n'a pas souhaité beaucoup de choses sauf qu'elle sera indépendante pour qu'elle puisse faire face aux événements de la vie quotidienne.

Axe VI : entretien avec l'enfant

Céline nous a dit : « *thibirin thibinier, tawiniyer ghlaspote, ghlamanage* » (je les aime, ils m'aiment, ils me prennent avec eux pour faire du sport et au manège). Céline est très sociable, elle aime tout les gens qui l'entoure.

Elle rajoute : « *thibigh athl3vagh loihi thkarim, Imane ikal* » (j'aime jouer avec Karim, Iman et tous) Céline a une bonne relation avec tout le monde dans le centre.

En ce qui concerne les activités faite au centre, elle dit : « *thibigh asma anafar ghlavara anaktham le crosse* » (j'aime surtout quand on sort en dehors du centre pour faire le crosse) Céline a été toujours la première dans le crosse et tout le monde l'encourage.

Céline disait : « *thibigh adkhathmar chrel* » (j'aime effectuer des taches à la maison). Céline se voit très bien et elle est capable d'accomplir les tâches.

Axe N°VII : Entretien avec les personnels du centre**1. le médecin :**

Le médecin du centre a déclaré : « *enfant trisomique, elle est en bonne santé depuis son intégration au centre, reste juste de signaler ces déférentes interventions chirurgicales au niveau des yeux, elle souffre d'une cataracte de l'œil gauche* ». Donc selon le médecin Céline a globalement un état de santé satisfaisant.

2. l'éducatrice :

L'éducatrice nous a dit : « *Céline une fille très sociable, agréable, polit mais aussi il lui arrive d'être agressive, frappe et dit des mots vulgaires aux enfants et tout cela elle le fait de façon à ce que personne la voit* »

Elle rajoute : « Céline est maitrisable, très épanouie qui comprend et exécute facilement les consignes. Elle prend soin de son aspect extérieur et aime qu'on la valorise et qu'on la responsabilise. Céline a établi une bonne relation avec son éducatrice, dialogue facilement et elle est très calme, elle établit également une bonne relation avec les personnes étrangères au centre et s'intègre facilement à un groupe.

3. la psychomotricienne :

La psychomotricienne disait : « Au début elle avait une bonne motricité globale, trouble d'équilibre, elle connaît quelque parties du corps et son dessin de bonhomme n'est pas élaboré.

Elle rajoute : « *Actuellement elle désigne et nomme toutes les parties du corps, son dessin du bonhomme est élaboré* »

« Le test du dessin du bonhomme permet au psychomotricienne d'évaluer l'idée que l'enfant possède de son schème corporel (qui est selon DOLTO : « le même pour tous » : il spécifie l'individu en tant que représentant de son espèce), ainsi que de donner des informations sur l'image du corps de l'enfant (représentation inconsciente que l'on a de soi, propre à chacun) ». (<http://guide-psycho.com/accueil/psychologie-psychotherapie-cours-et-theorie/reperes-le-dessin-du-bonhomme/>. Consulté le 08/05/2017 à 21:12h).

Synthèse de l'entretien semi-directif

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi-directif ; Céline est une fille très sociable, agréable et s'intègre facilement aux nouvelles situations dont elle se retrouve et elle a un bon entourage familial qui l'a beaucoup aidé à renforcer sa confiance en soi.

1.2. Présentation de l'analyse d'inventaire de Cooper Smith pour l'estime de soi :

Tableau N°07 : présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas Céline.

Échelles	Générale	sociale	familiale	scolaire	Totale	Mensonge
Moyenne	20	6	6	7	39	5

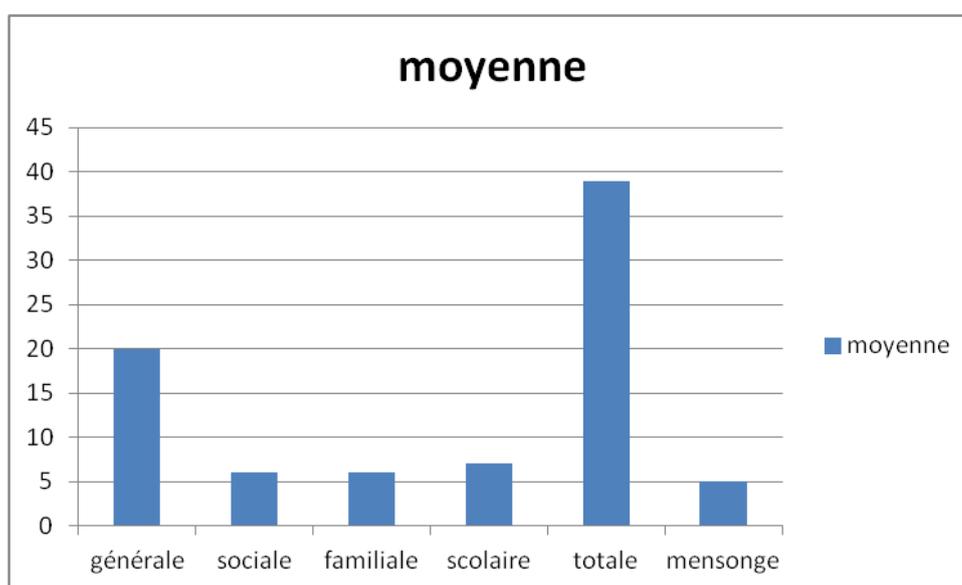


Figure N° 01 : Histogramme de cas Céline

Pour plus d'information sur le résultat du cas Céline on renvoie le lecteur à l'annexe n°03.

Céline a obtenu (39) points de la note totale qui est de (50) points. Le sujet présente un niveau moyen d'estime de soi.

A partir du tableau et l'histogramme ci-dessus, Céline a obtenu dans les sous échelles les résultats suivants :

L'échelle générale : dans cette échelle on a obtenu une note de 20 sur 26 points qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Céline une bonne estime

de soi, elle a répondu en cochant la case : « *me rassemble* »; les items : « *Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis* » et « *J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés* », aussi « *Je suis assez sur de moi* », ainsi que les items « *En général, je suis capable de me débrouiller tout seul* », « *Je suis assez content de ma vie* » et « *Je me comprends bien moi –même* ».

L'échelle sociale : on a obtenu la note de 6 point sur 8 points de la note maximale, Céline à une bonne relation avec son entourage social suite à ses déclarations « *je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge* » et « *je plais facilement* ».aussi « *On s'amuse beaucoup en ma compagnie* ».

L'échelle familiale : on a obtenu la note de 6 points sur 8 points de la note maximale, ce qui marque un climat de stabilité et d'équilibre tel qu'elle a souligné en couchant la case : « *me rassemble* »; les items : « *mes parents et moi passons de bons moments ensemble* » et « *mes parents me comprennent* ». Et en cochant la case « *ne me rassemble pas* » aux items : « *A la maison, j suis facilement contrarié* » et « *J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents* ».

L'échelle scolaire : on a obtenu la note de 7 points sur 8 points de la note maximale, supérieur à note moyenne (4.12), elle a répondu en cochant : « *me rassemble* », « *j'aime être interrogé en classe* » aussi « *je fais toujours mon travail de mieux que je peux* », et « *ne me rassemble pas* » : « *Je me sens souvent mal à l'aise en classe* » aussi « *En classe, je me laisse souvent décourager* ».

L'échelle de mensonge : on a obtenu une note de 5 points supérieur à la moyenne 2.28, ce qui indique la résistance vis-à-vis du test et un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Synthèse de l'inventaire de Cooper Smith pour estime de soi :

A partir de l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith, on a obtenu 39 points de la note totale qui est 50 points. Le sujet présente un niveau Élevé d'estime de soi.

Synthèse générale

A partir des résultats récoltés au cours de l'entretien clinique semi-directif; On constate que l'estime de soi chez Céline se manifeste par une bonne confiance en soi.

La concordance entre les résultats obtenue dans l'entretien clinique semi-directif et l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith montre un niveau d'estime de soi à 39 point qui correspond a la quatrième classe de 39 à 45 signifiant une estime de soi élevée.

Cas N°02 : Maya

Maya est un enfant trisomique âgé de 11 ans, elle est la troisième dans une fratrie qui se compose de 4 personnes, 1 sœur et 2 frères. Sa mère est une coiffeuse âgée de 39 ans.

2.1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :**Axe I : Le vécu de la grossesse :**

La mère de Maya a dit : « *imane oulabghara atidarnough, asmi irafdegh siyass legh s3aagh a bébé de 5 mois* » (je n'ai pas voulu l'avoir, quand je suis tombée enceinte d'elle, j'avais un bébé de 5 mois) d'après la maman, Maya est une enfant non désirée.

Elle continue « *rouhegh ighour la gynecologue bmith thenayed akmi enceinte, galmoment yeni chokigh* » (je suis partie chez la gynécologue pour prendre une contraception et elle m'a dit que je suis enceinte, à ce moment là j'étais choquée). Ce qui explique chez la maman une réaction de la non acceptation de sa situation.

La maman à ressenti que les manifestations de sa fille ne sont pas normaux, elle a dit : « *shousegh machi normal ithella, klegh ighour la gynecologue ithe3al l'échographie thenayeth belli akrouyess damekrane bezzaf* » (j'avais senti qu'elle n'est pas normal, je suis revenue chez ma gynécologue pour une échographie et elle m'a dit qu'elle a une grosse tête). Et elle continue : « *mi neki ou douteghara zegass, nwich normal* » (mais moi je n'ai pas douté d'elle, j'ai cru que c'est normal).

Axe II : l'annonce de diagnostic :

Après l'accouchement, la mère de Maya nous dit: « *ourough fssetta nasbah, alami dalwahda outazrighara, même hadou idissane ighouri* » (j'ai accouché à 6 heure du matin et jusqu'au 13h je ne l'ai pas vue, même personne n'est venu pour m'en parler), puis elle a dit « *thoussath imma glemoment la visite thenayed nagh illim c une mongolienne, thoukhagh direct* » (ma mère est venue à 13h et elle m'a dit que ta fille est une mongolienne, je me suis directement évanouie). On peut dire que la maman de Maya a développé une réaction émotionnelle (l'évanouissement) très forte.

L'évanouissement pour raison émotionnelle chez la maman qui est un coping utilisé pour faire face au seuil élevé de choc, cela permet d'éviter une réalité émotive, effrayante. C'est donc un évitement émotionnel propre aux situations de peur.

Elle a déclaré : « *oubghighara istillagh goussani, meme oustakghara ayefki, iyismah rabi kan* » (au début, je n'ai pas voulu la regarder, même je lui ai

interdit mon lait, que dieu me pardonne). la maman a exprimé son évitement envers sa fille, et son inhibition à investir la relation interpersonnelle. Elle continue : « *dayen neki oulibghara, ouma ilkel thibint, tadamnit, taknass atatche, sganainit* » (sauf moi qui ne l'a pas voulu a cette époque, les autres membres de la famille l'aiment beaucoup, ils l'a prenaient tout le temps, pour lui donner à manger, et la faire dormir), la mère De Maya n'a pas encore acceptée sa fille contrairement aux autres membres de la famille qui ont acceptés sa nature, ce qui signifie qu'elle est encore dans la phase de deuil.

Axe III : Les interactions mère-enfant :

La maman à avouée « *thkalkiyi bezzaf oussani mitatrabigh, à chaque fois karghasse amek dili asmi diga3mar, outzawjara, outilara amtakchichine* » (elle m'a vraiment stressé a cette époque, à chaque fois, je dis comment sera elle quand elle grandira, elle ne va pas se marier, elle ne sera pas comme les autres filles). la maman a vécu une situation stressante d'après ses dires, et la persistance de cette situation l'a conduit à dégager des pensées négatives et dysfonctionnelles sur sa fille et sur son avenir. Elle a aussi développé une anxiété et une anticipation anxieuse.

Ainsi, la maman a rajouté : « *maya dima thahzene, aldissinigh ahou kmiwghene, thekariyid oudhadrara diyi, bghigh papa,* » (quand je la trouve triste, je dis : Quesque t'as ? elle me dit ne me parle pas, je veux mon père), elle continue : « *des fois thekathiyeth iwoudmiw* » (des fois elle me frappe dans le visage soudainement) Maya d'après la maman est une fille qui est proche de son père, comme elle présente des réactions agressives envers sa mère.

A propos des activités partagés, la mère de maya dit : « *kera outhkhedam didi, thatba3id falla tout le temp, thétkima zath babass aldili gekham* » (elle ne partage aucune activité avec moi, elle s'éloigne de moi tout le temps et reste auprès de son père quant il est présent à la maison), elle dit aussi : « *ayni sanigh*

outhkhadmara, tkamarier » (tout ce que je demande, ne le fait pas, elle me contredit), Maya éprouve un sentiment négatif de la haine et libère des comportements agressifs envers sa mère.

Aussi elle nous a annoncé : « *ouwndskidibghra, aldithadough didass berra, itiliwen l3ibad tsathigh* » (je ne vais pas vous mentir, quant on est ensemble dehors et les gens nous regardent, je me sens trop timide), la maman de Maya éprouve un sentiment de gêne quand sa fille est présente à ces cotés.

Axe IV : état mental et physique de la mère :

La maman de Maya nous a confirmé qu'elle n'a aucun problème de santé actuellement, sauf que dès fois quand elle se stresse, elle devient hypertendue, mais elle ne prend pas de médicaments.

Axe V : L'avenir de l'enfant :

La mère de sujet a déclaré « *Izmer iymaniss kan* » (je souhaite qu'elle soit autonome et indépendante), puis le silence s'est installé.

Axe VI : Entretien avec l'enfant :

Maya est une fille qui a des difficultés langagières, et tout ce qu'elle a pu prononcer durant l'entretien c'est qu'elle aime tout les membres de la famille surtout son père, et aime jouer avec une fille de la classe, comme elle préfère la maison et elle n'aime pas le centre.

Axe VII : Entretien avec les personnels du centre :

1- Le médecin :

Le médecin a dit : « *Maya est une enfant atteinte de la trisomie 21, et depuis son intégration dans le centre elle souffre de problèmes visuelles qui nécessite un suivi ophtalmologique* ». On peut dire que le retard

d'apprentissage, et le manque d'autonomie de Maya sont notamment dus à son problème visuel.

2- L'éducatrice :

L'éducatrice a déclaré : « *Maya est une jeune trisomique qui a fait d'énormes progrès sur le plan comportemental, elle est stable et elle n'a pas confiance en elle. Maya présente un comportement différent dans certaines situations c'est-à-dire elle peut être parfois très souriante et sociable des fois très mal à l'aise et elle baisse sa tête, parle à voix très basse, C'est une fille qui a une bonne relation avec moi mais elle n'établi pas facilement la relation avec les autres personnes, elle s'attache facilement aux sexe masculin* ». Peut être que l'attachement de maya au sexe masculin lui rappelle son père, ce qu'on appelle l'identification.

3- La psychomotricienne :

La psychomotricienne a annoncé : « *au début de son intégration, Maya a manqué d'harmonie et d'épanouissement et elle ne connaît pas les petites et les grandes parties du visage, et les grandes parties du corps, comme elle n'arrive pas à prendre un crayon et à dessiner* ».

Synthèse de l'entretien semi-directif :

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi-directif ; Maya est une enfant qui souffre d'un manque de confiance en soi, son isolement et son inadaptation qui montrent qu'elle n'est pas sociable sont dus à son problème visuel.

2.2. Présentation de l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith pour l'estime de soi :

Tableau N°08 : présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas Maya.

Échelles	générale	Sociale	familiale	scolaire	Totale	mensonge
Moyenne	10	4	6	2	22	5

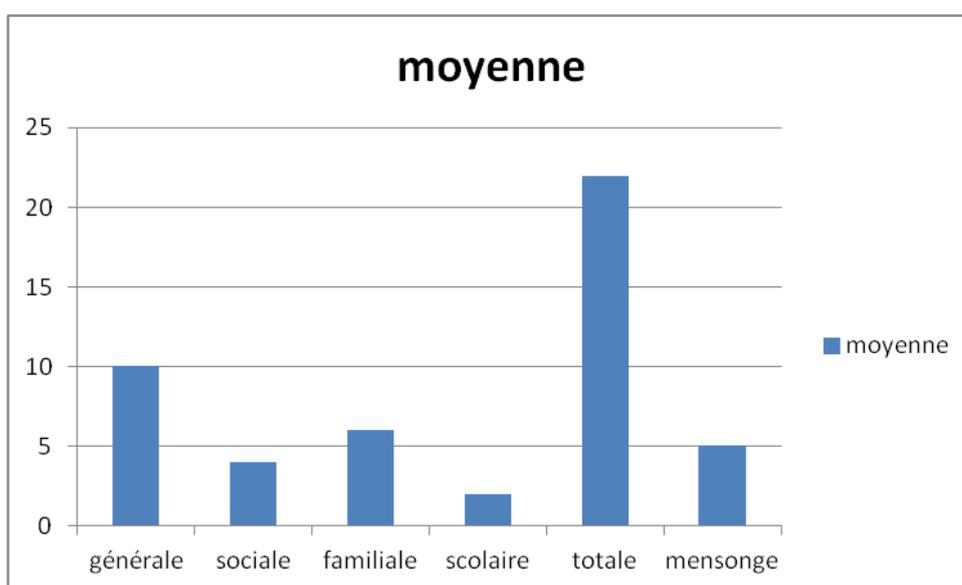


Figure n° 02 : Histogramme de cas Maya

Pour plus d'information sur le résultat du cas Maya vous pouvez renvoyer à l'annexe n°04.

Maya a obtenu (22) points de la note totale qui est de (50) points. Le sujet présente un niveau moyen d'estime de soi.

A partir du tableau et l'histogramme ci-dessus, on a obtenu dans les sous échelles les résultats suivants :

L'échelle générale : dans cette échelle Maya a obtenu une note de 10 sur 26 points qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Maya un manque de

confiance en soi, elle a répondu en cochant la case « *me rassemble* », « *je cède très facilement aux autres* » aussi « *j'ai une mauvaise opinion de moi-même* », et elle a coché : « *ne me rassemble pas* » aux items : « *Je suis assez content de ma vie* » et « *Il ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais* ».

L'échelle sociale : Maya a obtenu la note de 4 point sur 8 points de la note maximale, ce qui témoigne un déséquilibre dans les relations sociale elle a répondu en cochant la case : « *me rassemble* » aux items : « *la plupart des gens sont mieux aimés que moi* » et « *les autres viennent souvent m'embêter* » aussi « *je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes* ».

L'échelle familiale : Maya a obtenu la note de 6 points sur 8 points de la note maximale, ce qui marque un climat de stabilité et d'équilibre tel qu'elle a souligné en couchant la case : « *me rassemble* » aux items : « *mes parents me comprennent* » et « *mes parents et moi passons de bons moment ensemble* ».

L'échelle scolaire : Maya a obtenu la note de 2 points sur 8 points de la note maximale, inférieur à note moyenne (4.12), elle a répondu en cochant : « *me rassemble* » aux : « *il m'est très difficile de prendre la parole en classe* » et aussi « *je me sens souvent mal à l'aise en classe* ».

L'échelle de mensonge : Maya a obtenu une note de 5 points supérieur à la moyenne 2.28, ce qui indique une attitude défensive vis-à-vis du test.

Synthèse de l'inventaire de Cooper Smith pour estime de soi :

A partir de l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith, Maya a obtenu 22 points de la note totale qui est 50 points. Le sujet présente un niveau Bas d'estime de soi.

Synthèse générale :

A partir des données récoltées au cours de l'entretien clinique semi-directif, L'estime de soi chez Maya se manifeste par un sentiment de manque de confiance sur elle-même qui est due à son problème visuel et aussi la relation avec sa mère qui semble une problématique.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien clinique semi directif et celle de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith montrent un niveau Bas d'estime de soi à 30 points qui correspond à la deuxième classe de 19 à 30 signifiant une estime de soi Basse.

Cas N°03 : Alicia

Alicia est une fille âgée de 9ans, elle est la troisième d'une fratrie, composée de trois frères, Sa mère est enseignante âgée de 52ans.

3.1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif:**Axe I : Le vécu de la grossesse :**

La mère d'Alicia est une enseignant donc elle a préféré de mener l'entre- tien en langue française et d'après elle, Alicia est une enfant d'une grossesse désirée : *« oui, c'est une grossesse désirée, parce que j'ai deux garçons, et on a toujours envie d'avoir une fille »*

Elle rajouté que le déroulement de sa grossesse était normal : *«c'était normal juste je prenais des médicaments parce que je suis une asthmatique donc je prenais des corticoïdes et des broncho-dilatateurs »*

La maman durant sa grossesse imagine sa fille : *« Elle dit qu'elle a imaginé une toute petite fille normale c'est tout, à part que maintenant je me souviens que je croise une petite fille trisomique dans le bus chaque matin»,* c'est une présentation de l'enfant imaginaire, sa signifie aussi que la maman à garder

l'image de la fille même par le passage du temps et quelle cherche une raison et/ou un sens.

Axe II : L'annonce du diagnostic

La mère d'Alicia nous a dit qu'elle a reconnue sa fille au moment de sa naissance : « personne ne m'a informé, c'est moi qui la reconnue, j'ai perçu à partir de son visage, elle avait la langue qui sortait, les yeux bridée...etc. », elle a aussi raconté sur son sentiment et sa réaction quant elle a vue sa fille trisomique : « *c'était le choc de ma vie, c'était trop dure, énormément trop dure* », ce qui veut dire que la maman était inhibé au début et elle ce qui revoie à la non acceptation de sa part et quelle est en phase de deuil. Et puis elle a dit : « *maintenant je ne peux plus m'en passer d'elle, s'il lui arrive quelque chose, je ne sais pas quoi faire* », la maman à confié qu'elle a accepté la réalité de sa fille, se qui signifie qu'elle a dépassé le deuil et investit sa fille.

La maman nous a dit qu'elle a demandé des explications sur l'état de sa fille, elle disait : « *oui je voulais faire un **caryotype** pour m'assurer que ma fille est trisomique après ils m'ont dit que ce n'était pas fiable au niveau d'Alger* ».

Le caryotype se définit comme : « *une carte chromosomique d'une cellule, considéré comme caractéristique d'un individu ou d'une espèce. Elle indique le nombre de chromosomes, leur taille, leur forme et leur disposition. L'examen du caryotype permet de découvrir les anomalies chromosomiques* ». (A. Manuela & al, 2004, p. 78).

Ensuite, elle a rajouté que la réaction de sa famille, étaient normal : « *normal, je pense que c'est nous les parents qui en besoin d'aide psychologique ce n'est pas quelqu'un d'autre même l'enfant lui-même* », là on peut dire que la mère d'Alicia a vécu une souffrance devant sa situation quelle considère stressante et pénible.

Axe III : Les interactions mère-enfant

Concernant son comportement avec sa fille elle disait : « *je me comporte avec elle le plus normalement possible, la preuve son comportement à la maison comment elle parle, comme elle a des cousines, donc elle se comporte comme eux, on la prend pour une adulte* », la mère nous a montré qu'elle a des pensées rationnelles envers sa filles, et Alicia est dans un milieu favorable, satisfaisant qui l'a motive énormément.

Elle a raconté aussi qu'elle partage des activités avec elle : « *oui beaucoup, on la laisse pas sans rien faire, quand elle mange, directement sans lui dire, elle ramasse son assiette, pour bien préciser, je ne trouve pas de difficultés avec elle* ». Alicia d'après les déclaration de sa mère est une fille à un comportement bien adapté, autonome. Après un long silence, elle dit : « les gens dehors la regarde et ils disent qu'elle est mongolienne » et elle ajoute que le regarde des gens la dérange : « *je n'aime pas les gens qui regarde ma fille de cette manière, des fois je me dispute avec impulsivité* ». On peut dire que la maman manifeste des réactions agressives envers les gens qui la regarde quand elle est avec sa fille et qu'elle manque de confiance en soi, aussi elle montre une certaine impulsivité à l'égard de l'environnement.

Axe IV : État mental et physique de la mère

La maman d'Alicia nous a dit : « *je souffre toujours des crises asthmatiques et je prends des corticoïdes* »

Elle rajoute aussi qu'elle arrive des fois à pleurer : « *je pleure et à chaque fois je souffre d'une dépression a cause de la charge et les enfants, comme notre société ne épargne pas* », on intervient ici pour dire que la maman à des pensées dysfonctionnelles sur la société, et qu'elle présente selon elle une symptomatologie dépressive, et d'après le DSM IV (1996), on retient comme définition « *Le diagnostic de dépression peut être posé si on note*

quotidiennement depuis au moins deux semaines consécutives, une humeur triste ou une perte du plaisir associé aux activités journalières ». (Mini DSMIV, 1996, p. 384).

Axe V : L'avenir de l'enfant

« *Je pense que ma fille peut apprendre les initiatives de la vie, et je souhaite qu'elle soit indépendante et autonome* », la mère n'a pas espéré grandes choses de la part de sa fille, que d'être autonome et indépendante.

Axe VI : Entretien avec l'enfant :

Alicia a dit : « *thibighthen ilkel, mama, papa, sati, ayethma, ikel* » (je l'aime tous, maman, papa, ma grande mère, mes frères, tous), d'après les déclarations, Alicia est entourée de beaucoup d'amour et d'affection de la part de sa famille qu'elle considère comme un monde pour ses yeux.

Et à propos de ses relations avec ses camarades du centre elle a dit : « *3oufeghthen ikel* », Alicia a montré une réaction agressive envers ses camarades, d'ailleurs elles les frappent tout le temps, et ses camarades ont peur d'elle. Concernant les activités faites au centre Alicia disait : « *outhouki3ara* » (ça ne m'intéresse pas). On déduit par ses paroles qu'Alicia est une fille qui ne fréquente pas, et qui s'isole quand elle est en groupe. Ce qui signifie qu'elle est non sociable.

Axe VII : L'entretien avec les personnels du centre :

1. Le médecin :

Le médecin du centre a déclaré : « *au début de la rentrée d'Alicia au centre, son diagnostic a été confirmé comme étant atteinte de la trisomie 21 avec un retard mental léger, mais elle n'avait aucun problème pulmonaire, cardiaque ou ORL, donc aucun traitement lui a été administré pour le suivre jusqu'au*

maintenant, et pour le moment elle est en bonne santé ». Donc on peut dire qu'Alicia ne souffre de l'une des pathologies qui sont fréquentes chez les trisomiques.

2. L'éducatrice :

D'après les déclarations de l'éducatrice : « *Alicia est une fille calme, elle connaît beaucoup de choses sur la vie quotidienne, et elle peut avoir un bon niveau intellectuel et des capacités d'apprentissage mais elle ne répond pas directement aux consignes, il faut choisir le bon moment qu'elle veut parler, elle a un comportement agressif envers les autres enfants, elle a un langage structuré, propre.* », elle continue : « *Concernant sa relation avec moi Alicia ne parle jamais directement avec moi, elle est timide* ». Les dires de l'éducatrice résument qu'Asma est une fille bien motivée, mais d'après son relationnel, et ses réactions agressives, elle souffre d'un manque de confiance et d'adaptation.

3. La psychomotricienne :

On a opté pour la question de développement psychomoteurs au début de son entrée au centre et actuellement et la psychomotricienne a répondu : « *au début elle avait un bon niveau de compréhension et un bon vocabulaire qui lui permet d'exécuter ses exercices facilement, mais son manque de confiance lui a causé un trouble d'équilibre, et à propos de sa motricité globale on peut dire qu'elle est assez bonne* », elle a continué : « *actuellement elle n'a pu dépasser son trouble d'équilibre, elle lui faut toujours de l'aide pour qu'elle puisse exécuter les exercices, je crois à présent que sa motricité globale s'est un peu évoluée* ». On résume que la lenteur de développement psychomotricien d'Alicia est due à sa difficulté d'adaptation, et son manque de confiance en soi.

Synthèse de l'entretien semi-directif :

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi directif; Alicia est un enfant qui est bien entouré de la part de sa famille, mais elle présente des réactions agressives envers ceux qui sont moins proches, donc l'image que donne signifie qu'elle n'est pas sociables, et s'adapte difficilement avec les autres.

3.2. Présentation de l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith pour l'estime de soi :

Tableau N°09 : présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas Alicia.

Échelles	générale	sociale	familiale	scolaire	Totale	Mensonge
Moyenne	19	2	6	3	30	7

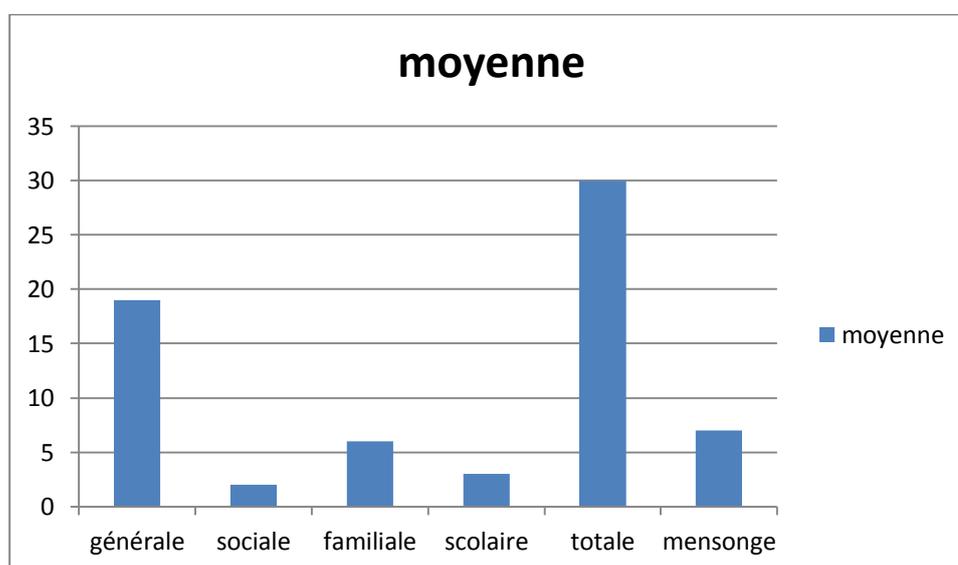


Figure n° 03 : Histogramme de cas d'Alicia

Pour plus d'information sur le résultat du cas Alicia vous pouvez renvoyer à l'annexe n°05.

Alicia a obtenu (30) points de la note totale qui est de (50) points. Le sujet présente un niveau moyen d'estime de soi.

A partir du tableau et l'histogramme ci-dessus, on a obtenu dans les sous échelles les résultats suivants :

L'échelle générale : dans cette échelle Alicia a obtenu une note de 19 sur 26 points qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Alicia une confiance soi, elle a répondu en cochant la case : « *me rassemble* », aux items : « *j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés* » et « *en général, je suis capable de me débrouiller tout seul* », aussi « *Je me comprends bien moi –même* ».

L'échelle sociale : Alicia a obtenu la note de 2 point sur 8 points de la note maximale, Alicia souffre d'un problème relationnel ce qu'on a constaté dans ses réponses en cochant « *me rassemble* » aux items : « *je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes* » et « *les autres viennent souvent m'embêter* », ainsi « *La plupart des gens sont mieux aimés que moi* ».

L'échelle familiale : Alicia a obtenu la note de 6 points sur 8 points de la note maximale, ce qui marque un climat de stabilité et d'équilibre tel qu'elle a souligné en couchant les cases « *me rassemble* » « *en général, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens* » et « *mes parents et moi passons de bon moments ensemble* ».

L'échelle scolaire : Alicia a obtenu la note de 3 points sur 8 points de la note maximale, inférieur à note moyenne (4.12), elle a répondu en cochant « *me rassemble* » « *il m'est très difficile de prendre la parole en classe* » et aussi « *en classe, je me laisse souvent décourager* ».

L'échelle de mensonge : Alicia a obtenu une note de 7 points supérieur à la moyenne 2.28, ce qui indique la résistance vis-à-vis du test et un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Synthèse de l'inventaire de Cooper Smith pour estime de soi :

A partir de l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith, on a obtenu 30 points de la note totale qui est 50 points. Le sujet présente un niveau bas d'estime de soi.

Synthèse générale :

A partir les données récoltées au cour de l'entretien clinique semi directif, on constate que l'estime de soi chez Alicia se manifeste par un manque de confiance en soi.

La concordance entre les résultats obtenue dans l'entretien clinique semi directif et l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith montre un niveau d'estime de soi à 30 points qui correspond à la deuxième classe de 19 à 30 signifiant une estime de soi basse.

Cas N° 04 : Ilasse

Ilasse est un enfant âgé de 12 ans, c'est le dernier d'une fratrie qui se compose de 5 personne, 3 sœurs et 5 frère, Sa mère est une femme au foyer âgée de 52 ans.

4.1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :**Axel : le vécu de la grossesse :**

D'après la mère, Ilasse était un enfant non désiré, elle disait «*othavghighara,siyegh athidasaghligh, S3igh daraiw dimakranan mais ifkathide rabi olache dachou alakhadmar* » (je ne voulais pas avoir un autre enfant puisque ses frères sont grands, j'ai essayé plusieurs tentatives d'avortement, mais c'est le dieu qui le veut donc je peux rien faire).

Elle rajoute : « *khadmagh shaghliw normal alami rohagh ghlaclinique oroghthide, iaayate normal dachou damaziane* » (je fais mon travail jusqu'au jour ou je suis partie à la clinique pour le faire venir au monde, il a crié mais il était trop petit).

Ensuite elle a dit « *outhedmaginighara mi gella g3aboutew* » (je ne l'ai pas imaginé quand j'étais enceinte de lui). Puis elle a gardé le silence pour un moment question que la phrase est terminée. La mère d'Ilassa n'a pas voulu continuer la phrase et son silence renvoie sans doute à l'évitement, qui se définit comme : « *une procédure dans laquelle le sujet peut se soustraire anticipativement à une stimulation aversive en fournissant une réponse définie, dite réponse d'évitement* ». (R. Doron & F. Parot, 2013, pp. 281-282).

Axe II : l'annonce du diagnostic

La maman ne sait pas que son enfant était trisomique, son accouchement s'est déroulé normalement par voie basse, juste il était très petit « *trabirgth amayathmasse aquith, ou3limghra bali is3a retard alami ihlaque wirth ratviv illa fellas 3 mois, omb3ad inayid mime is3a retard* » (je m'occupe de lui comme tous ses frères, je ne savais pas qu'il avait un retard jusqu'au 3^{ème} mois, il est tombé malade, je suis vite partie consulter le médecin, et là le médecin m'a dit que mon fils souffre d'un retard).

La maman était toute seule quand elle a reçu la nouvelle que son enfant est trisomique, et elle disait qu'elle a accepté le retard de son fils « *oshoussagh omathakra normal, olach dachou aradkhathmagh, klagh tzalagh bezaf* » (j'ai rien senti, normal je peux rien faire, et à cette époque là je fais trop de prière), cela veut dire que la maman a développé un style de coping pour faire face à la situation pour accepter sa réalité, qui est le refuge dans la religion étant donné qu'elle s'est sentie impuissante.

Et depuis elle n'a jamais demandé des explications sur le retard de son fils, elle ajoutait « *sguimirni ousaksaghra, oulhouasghara adfahmagh* » (et depuis je n'ai pas demandé des explications, ni chercher à comprendre).

Elle ajoute que l'entourage familiale, parent et fratrie ont réagit normale face à la nouvelle « *naniyide normale ifkathide rabi mrahba* » (ils m'ont dit normal c'est le dieu qui le veut). La maman été bien entourée de la part de sa famille qui ont montré de la compréhension face à cette événement de vie.

Axe III : les interactions mère-enfant

La maman a dit qu'elle ne sent rien de spéciale envers son enfant, et elle se comporte normalement avec lui comme ses frères, elle le considère comme son enfant. « *khadamghasse akam oiyathmasse ma yakhatham khra athouther* » (je le traite comme ses autres frères et s'il fait de bêtises je le tape). Selon la mère Ilasse aime faire le ménage, elle disait : « *itnachif akam takchishte* » (il fait le ménage comme une fille), elle disait aussi que tout les gens de l'entourage l'aime, il est sociable, il sort tout seul pour acheter des trucs à la superette et personne ne le considère comme mongolien.

La maman nous a informé qu'elle ne trouve pas de difficultés à éduquer Ilasse elle dit : « *ouss3ighara a problème didess, iyeni sanigh itagh ray* » (je n'est aucun problème avec lui, tout ce que je lui demande, il le fait), et en ce qui concerne le regard des gens la maman disait : « *twalint normal, et neki daghen, wani gabghane iditel, iditel* » (les gens le voit comme normal, et celui qui veut regarder qu'il regarde), les dires de la mère ont prouvé qu'elle a des pensées rationnelles, et elle n'est pas gêné de regard des gens ce qui signifie qu'elle une forte confiance en soi.

Axe IV: État mental et physique de la mère

La maman de Ilasse souffre de problèmes de santé, elle nous a dit : « *s3igh skore loihi thlatention* » (je souffre de diabète et l'hypertension », ce qui signifie que la maman est fatiguée et elle ne peut pas s'occuper de son enfant comme avant. Aussi elle nous a dit : « *otarouragha, normal asmala athilir fakaar adrouhar azalar dayan* » (je ne pleure pas, normal et quant je serais déçus, je fais la prière), on peut dire qu'à chaque fois développe le style de Coping pour faire face à ses situations stressantes.

Axe V : L'avenir de l'enfant

La maman nous a dit : « *tminighasse kan athizmar il3amrisse* » (je veux juste qu'il s'occupe de lui même), la maman n'espère pas grandes choses de son fils que d'être autonome et indépendant dans sa vie.

Axe VI : Entretien avec l'enfant :

Ilasse a éprouvé beaucoup d'amour envers sa famille, mais il a désapprouvé leurs occupation de lui, il a dit : « *oula3abnara didi, koulyiwen itkima glachonbre ness, naki daghen tkimagh iymaniw* » (ma famille ne joue pas avec moi, chaqu'un reste dans sa chambre, moi aussi je reste tout seul), Ilasse sent de la solitude avec sa famille, il a rajouté aussi : « *tankalakagh bezaf alditkimagh ouhdi, après tkouniktigh kan* » (je deviens anxieux quant je reste tout seul, après je me connecte c'est tout), selon le point de vue cognitif l'anxiété se définit comme : « *L'anxiété c'est ou le sujet perçoit un danger ou une menace, il est le produit de l'évolution cognitive, et correspond à un ensemble de cognitions et affects face à une situation menaçante, sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, il est désagréable, négative, d'érigé vers le futur et parfois exagérée par apport à la menace et inclut des symptômes corporels, subjectifs et manifestes* ». (P. Graziani, 2003, p. 10).

Ilassse a rajouté : « *aldighedmegh les bêtises kathniyi ikel, papa, mama, ayehma* » (quand je fais des bêtises, tout le monde me frappe, papa, maman, mes frères). Ce qui signifie qu'Ilassse se sent maltraité de la part de sa famille.

A propos de la relation avec ses camarades du centre il disait : « *thibighine ilkel, surtout Nasrine, Imane, Adam* » (je les aime tous, surtout Nasrine, Imane et Adam), ce qui signifie qu'Ilassse a de bonnes relations avec ses camarades quelque soit l'âge et le sexe. Et ce qui concerne les activités faites au centre il disait : « *thibigh adcharkagh surtout aldinili ilkel dina* » (j'aime participer, surtout qu'on se retrouve tous présents), Ilassse est un garçon très sociable et qui s'adapte facilement a de nouvelles situations et se motive surtout quant ses camarades soient présents a ses cotés.

Aussi en ce qui concerne l'accomplissement des taches, Ilassse disait : « *khedmagh koulach sgouliw* » (je fais tout convenablement et de tout mon cœur), on peut juger que ses dires ont montré qu'il a aucune difficulté à accomplir ses taches.

Axe VII : Entretien avec les personnels du centre :

1- Le médecin :

Le médecin a déclaré : « *Ilassse est un sujet atteint de la trisomie 21, qui a souffert depuis son enfance de différentes infections pulmonaires, ce qui l'a obligé à faire plusieurs séances d'aérosol. Actuellement il est en bonne santé, reste à surveiller son alimentation* », ce qui veut dire Qu'Ilassse a souffert de l'un des problèmes de santé qui est très fréquent chez les enfants trisomiques : l'infection pulmonaire.

2- L'éducatrice :

L'éducatrice de Ilassse a un bon niveau en langue française donc on a mené l'entretien en français et voici ce qu'elle répondait : « *ilasse est un enfant très*

agréable, sociable a le sens de l'humeur et aussi le sens de la logique, il aime se faire remarquer et être le leader de la classe, jusqu'au point ou il arrive à frapper ses camarades se qui veut dire qu'il fait tout ce que lui vient par la tête », ensuite elle a ajouté : *« Jeune qui a besoin d'être encadré par toute l'équipe afin de lui imposer des interdits, des règles, car après tout Ilasse est maitrisable, a un bon niveau de compréhension et conscient concernant ma relation avec lui, je ne rencontre aucune difficulté, on a une bonne relation, même il a de bonne relations avec les adultes de centre et avec les enfants ».* On peut résumer d'après les dires de l'éducatrice qu'Ilasse a une confiance en soi, sait gérer son relationnel, ce qui lui à permis de s'adapter rapidement au changement du milieu.

3- La psychomotricienne :

La psychomotricienne a déclaré : *« Au début de sa rentrée il été assez bon en motricité globale, ses gestes et ses mouvements ont manquées d'harmonie. Et à propos de son schéma corporelle, il connait les petites parties du visage ainsi les grandes parties et le dessin de schéma corporel n'est pas élaboré. Actuellement, il une très bonne motricité globale et avec le suivi et les exercices psychomotricienne il a pu acquérir une bonne coordination dynamique »,* on peut dire qu'Ilasse depuis sa rentrée au centre était autonome et avec le soutien et la motivation son autonomie a beaucoup progressé.

Synthèse de l'entretien :

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi directif; Ilasse est un enfant qui a une forte confiance en soi, malgré le climat familial qu'il juge désintéressé de lui.

4.2. Présentation de l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith pour l'estime de soi :

Tableau N°10 : présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas Ilasse.

échelles	Générale	Sociale	familiale	Scolaire	Totale	mensonge
moyenne	22	8	4	7	41	7

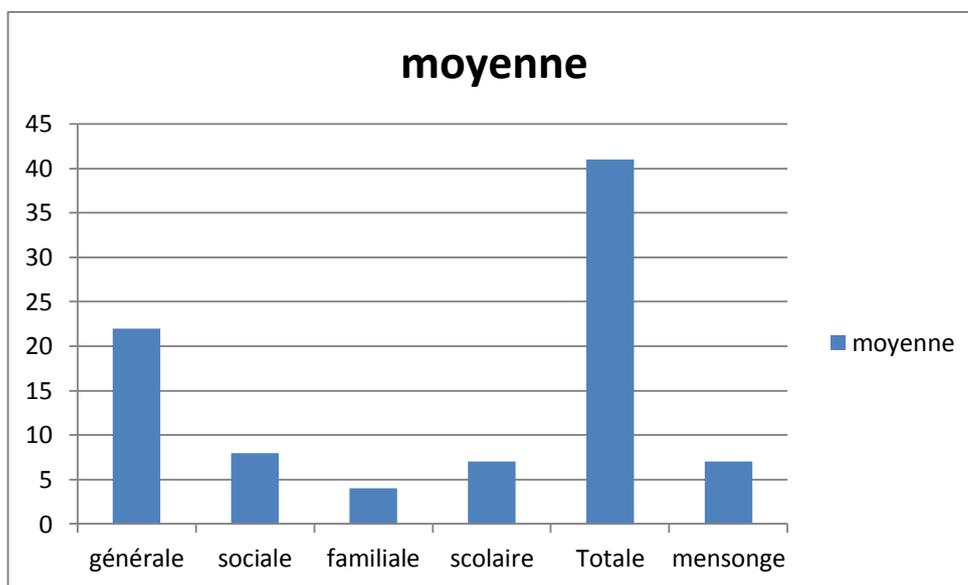


Figure N° 04 : Histogramme de cas Ilasse

Pour plus d'information sur le résultat du cas Ilasse on renvoie le lecteur à l'annexe n°06.

On a obtenu (41) points de la note totale qui est de (50) points. Le sujet présente un niveau élevé d'estime de soi.

A partir du tableau et l'histogramme ci-dessus, on a obtenu dans les sous échelles les résultats suivants :

L'échelle générale : dans cette échelle on a obtenu une note de 22 sur 26 points qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Ilasse une bonne estime

de soi, il a répondu en cochant la case « *me rassemble* » : « *Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis* » et « *j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté* » aussi « *quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis* ».

L'échelle sociale : on a obtenu la note de 8 point sur 8 points de la note maximale, Ilasse à une très bonne relation avec son entourage social suite à ses déclarations: « *je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge* » et « *je plais facilement* » comme « *on s'amuse beaucoup en ma compagnie* ».

L'échelle familiale : on a obtenu la note de 4 points sur 8 points de la note maximale, ce qui marque une instabilité dans les relations familiale, il a répondu en couchant la case : « *ne me rassemble pas* » aux items : « *mes parents et moi passons de bons moments ensemble* » et « *mes parents me comprennent* » aussi « *en général, mes parents soit attentifs à ce que je ressens* ».

L'échelle scolaire : on a obtenu la note de 7 points sur 8 points de la note maximale, supérieur à note moyenne (4.12), il a répondu en cochant « *me rassemble* » : « *je fais toujours mon travail de mieux que je peux* » et aussi « *j'aime être interrogé en classe* ».

L'échelle de mensonge : on a obtenu une note de 7 points supérieur à la moyenne 2.28 se qui indique la résistance vis-à-vis du test et un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Synthèse de l'inventaire de Cooper Smith pour estime de soi :

A partir de l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith, on a obtenu 41 points de la note totale qui est 50 points. Le sujet présente un niveau élevé d'estime de soi.

Synthèse générale :

A partir des données récoltés au cours de l'entretien clinique semi directif, l'estime de soi chez Ilasse se manifeste par un sentiment de confiance en lui-même malgré le manque de soutien de son entourage familiale pour lui.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien clinique semi directif et celle de l'inventaire d'estime de soi de Cooper smith montre un niveau d'estime de soi à 41 point qui correspond à la quatrième classe de 39 à 45 signifiant une estime de soi élevé.

Cas N° 05 : Omar

Omar est un enfant trisomique âgé de 9 ans, il est le cinquième dans une fratrie qui se compose de 6 personnes, 2 sœurs et 3 garçons. Sa mère est une femme au foyer âgée de 51 ans.

5.1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif :**Axe I : Le vécu de la grossesse :**

La mère de Omar a dit : « *oulabghighara mi rafdagh siyas, khammagh athidassaghlich chahrayen imanzouya, mi ikatbith rabi* » (j'étais tellement triste quand j'ai su que je suis enceinte de lui, j'ai pensé directement à l'avortement les deux premiers mois de grossesse, mais dieu a voulu qu'il vive), d'après la maman, Omar est un enfant non désiré et non programmé, elle a exprimé des émotions négatives quant à la grossesse non prévue, plus l'envie d'interrompre la grossesse.

Elle continue « *tessaachhour ni outhatagh, outhagnagh, sathigh sgarawiw ditagalniw* » (les 9 mois de cette époque, je ne mangeais pas, je ne dormais pas, j'avais **honte** devant mes enfants et de ma belle famille). Ce qui démontre chez

la maman une souffrance envers l'événement de vie et durant toute la période de sa grossesse n'a pas dépassé la phase de deuil.

La honte se définit comme : « *un sentiment pénible causé par la conscience d'avoir commis une faute, par le fait de se sentir déshonoré, inférieur ou ridicule, comme avoir honte d'une mauvaise action, ou d'une infirmité* ». (C. Labro & J-P. Mével & al, 2009, p. 780).

La maman a ressenti que les manifestations d'Omar dans son ventre ne sont pas normales, elle a dit : « *shousegh machi normal igella, oulatharikara amaythmass, rohegh ighour tbib bach iye3al l'échographie, nighess atbib miwghath kra fkiyid dwa athidesseghligh, thenayed a madame mim kera outhyiwegh, oumetakghara dwa, mi naki 3almagh* » (j'ai senti qu'il n'était pas normal, il ne bouge pas comme ses frères dans mon ventre, je étais parti consulter un médecin pour une échographie, et je lui ai dit : docteur s'il y'en a un problème prescrivez moi un médicament pour ne pas le faire venir au monde, et le médecin a dit : madame votre enfant n'a rien et je ne vais pas vous prescrire de médicament). On conclut que l'âge de la maman est l'un des éventuels facteurs de la trisomie, comme le vécu de la grossesse était apparemment négatif de la part de la mère, ainsi la présence d'émotion négative de crainte et d'anticipation anxieuse de la part de la futur maman.

Axe II : l'annonce du diagnostic :

Après l'accouchement de la mère d'Omar, et d'après ses dires, elle a été informée de l'état de santé de son bébé collectivement par une infirmière le moment de la visite où ses fils et son mari étaient présents, elle a dit :

« *Thoussad thaframlith ighournagh thanayeghd Omar thiss3ou retard aldithatrabith mim aldiga3mar* » (une infirmière était venue pour nous parler, elle nous a dit qu'il aura un retard), puis elle a dit « *trough chouya après nighassen drabi ithdifkan mrahba bih* » (j'ai pleuré pour un moment après j'ai

répondu que c'est que c'est une créature de dieu, qu'il soit le bienvenu), la maman a opté pour une référence religieuse comme une défense face à la situation.

La maman a enfin accepté son fils tel qu'il est, se qui renvoie qu'elle est sortie de deuil le jour même de son accouchement, en se regardant la réalité en face et en essayant de l'accepter.

Aussi elle a mit fin aux pensées négatives qui tournent dans sa tête depuis longtemps, elle s'est tournée vers son éducation, et de s'occuper de lui parfaitement « *après klagh normal, outkhmimghara lahwayeg ni ndirithent, klagh trabighith a mayethmass, meme ilkel gakhem t3awaniyi* » (après je suis redevenue normal, j'ai chassé les pensées négatives, je l'éduque comme ses frères. Même ses derniers me tendent la main), ce qui signifie que l'environnement familial a assuré une bonne conduite et a réagi positivement, ce qui a aidé la maman à s'engager pour le bien de son bébé. Donc le soutien familial est important pour dépasser les situations difficiles.

Axe III : Les interactions mère-enfant :

La maman a avoué « *oubghighara sagmi gella damazyen, oulila3bra amarach nithen, oulitbougara bezaf, itkalkiyi* » (je n'est pas aimé son comportement depuis qu'il a été tout petit, il n'été pas comme les autres enfants, il ne bougeait pas trop, il m'a fait sentir de l'inquiétude tout ce temps là), les émotions négatives ont poussé la maman de comparer son fils avec les autres enfants, ce qui signifie probablement qu'elle n'est pas satisfaite du comportement d'Omar et de sa situation, aussi il ya un sentiment de culpabilité dans ses paroles, peut être un sentiment de doute et de plaintes qui renvoie à une faible estime de soi « *issoufriyi bezaf* » (*il m'a trop souffert* ». ensuite elle a rajouté « *mais nki t3amalghith kicheghel oulikhoussara, a mayethmass* » (mais moi je me comporte avec lui comme s'il n'a pas de retard, comme tout ses autres

frères) ; ce qui signifie elle essaye d'intégrer Omar dans le cycle fraternel, qui est une sorte d'acceptation de soi et de la réalité.

Ainsi, elle nous a déclaré qu'Omar effectue toutes les tâches qu'on lui demande « *ayeni isna ikhdmith, koulech, natchiyi3th et la superette ikatoud, itherrad serf* » (tout ce qu'on lui demande il l'exécute parfaitement, on l'envoie à la superette pour acheter des trucs, il le fait et il rend la monnaie), la maman est satisfaite du comportement de son fils et elle ne trouve pas des difficultés à lui demander de faire quelque chose « *aldi issinigh rouh igneth athirouh* » (quand je lui demande d'aller dormir, il le fait toujours).

Elle nous a annoncé aussi qu'Omar est très aimable socialement « *berra thibint ilkel, le3ben didass, tkhelisnass lahwayeg* » (dehors tous les gens l'aime, ils jouent avec lui, aussi ils lui achètent des trucs), mais « *aldithedough dithess itiliwnith l3ibad tssathigh, ahou karnass kra* » (mais quand je marche avec Omar et les gens nous regardent, ça me rend timide, peut être ils disent quelque chose), ce qui indique probablement que la mère d'Omar a une faible estime de soi qui selon L.Aline : « Les indicateurs d'une faible estime de soi sont : La susceptibilité, la sensibilité au rejet et à la critique, la facilité à critiquer, à faire des reproches, les plaintes, l'impression à ne pas être aimé, les doutes.

Axe IV : état mental et physique de la mère :

La mère d'Omar nous a confirmé qu'elle n'a aucun problème de santé actuellement, sauf que dès fois quand elle se stresse, elle devient hypertendue, mais elle ne prend pas de médicaments. Et à propos de la situation d'Omar elle dit « *outklikghara imaniw fellass, aithmass ilkel thibint, babass daghen* » (je m'inquiète pas pour lui, ses frères l'aiment, son père aussi. On peut dire que la maman vit dans un climat familial stable, équilibré et motivant, on résume par là que l'acceptation de la famille est une chose importante pour la mère d'Omar.

Axe V : L'avenir de l'enfant :

La mère de sujet a déclaré « *tmenigh omar izemar iymanis, ikhedam glbirou, idigar thalkimtiss sidrimniss* » (je souhaite qu'Omar sera responsable de soi-même, qu'il travaillera dans un bureau et gagnera son pain avec son propre argent », ce qui prouve que la maman a confiance en son fils malgré son état actuel et qui reflète a une projection assez positive.

La projection se définit comme : « *impliquant le déni est la fausse attribution de ses propres souhaits ou affect à un autre, qui devient l'objet de la pulsion. Dans le déplacement, l'affect ou la pulsion n'est pas nié* ». (J. Ch. Perry, 2007, p.96).

Axe VI : Entretien avec l'enfant :

Omar a dit : « *la3bane diyi ilkel gekham, papa, mama, ayethma, tawiniyi adhawsegh, taghnid koulech* » (ils jouent tous avec moi à la maison, papa, maman, mes frères, ils m'emmènent prendre l'air, ils m'achètent tout ce que je veux), Omar vit dans un environnement familial stable, chaleureux et entouré d'amour et d'affection, et avec les camarades du centre Omar à dit : « *thibighthen ikel, nouhni thaghen, thibigh adla3bagh diysen ikel* » (je l'ai aimé tous, eux aussi m'aime et j'aime jouer avec eux tous), et d'après ses dires on peut dire qu'Omar est un garçon qui aime être en groupe, aussi partager ses moments avec ses camarades quelque soit l'âge, ce qu'on appelle une bonne estime de soi sociale et familiale.

Axe VII : Entretien avec les personnels du centre :**1. Le médecin :**

Le médecin a dit : « Omar est un enfant atteints de la trisomie 21, et depuis son intégration dans le centre on n'a pas trouvé des difficultés concernant son état de santé, actuellement il présente une bonne évolution, et ne suit pas de

traitement », d'après lui, les enfants atteints de la trisomie 21 présentent l'un des problèmes cardiaques, pulmonaire, ou ORL. Et Omar n'a pas présenté ce genre de problèmes.

2. L'éducatrice :

L'éducatrice a dit : « *Omar est un enfant agréable, sociable, il a un bon niveau de la compréhension, des fois il a un comportement têtu, sur le plan pédagogique il se concentre bien dans le travail qu'il fait, actuellement on le considère comme un petit enfant qui est dans le stade de jeu* »

A propos de la relation avec elle a dit : « *il a une bonne relation avec moi, il écoute très bien à tous ce que je dis* », et a propos de la relation avec ses camarades elle a ajouté : « *il a une très bonne relation avec tout le monde* ». D'après l'éducatrice, Omar établi de bonne relation avec les autres, et s'adapte rapidement a des nouvelles situations comme il assure une bonne intégration de sa part.

3. La psychomotricienne :

La psychomotricienne a annoncé : « *au début de son intégration, Omar a des difficultés d'exécuter des exercices de coordinations dynamiques générales (marcher à quatre patte, sauter ...), ses mouvements été anarchiques, il avait un problème d'équilibre, et à propos de schéma corporel, il connaît les grandes parties du corps (visage, main, les pieds, le ventre...etc.), à présent, il a fait une nette amélioration concernant la motricité globale, ses gestes sont coordonnées, comme il a dépassé son trouble d'équilibre, mais pas définitivement, ça reste que de renforcer avec lui les exercices, et pour le schéma corporel il connaît toute les parties du corps* », se qui explique chez Omar une volonté d'apprendre et un bon développement psychomoteur.

Synthèse de l’entretien semi-directif :

D’après l’analyse de l’entretien clinique semi-directif ; Omar est un enfant qui est bien entouré de la part de son environnement, et l’image que donne à ceux qui l’entoure ainsi que sa volonté explique qu’il a une confiance en soi.

5.2. Présentation et analyse de l’inventaire de Cooper Smith pour l’estime de soi :

Tableau N°11 : présentation des résultats de l’échelle de Cooper Smith du cas Omar

Échelles	générale	Sociale	Familiale	scolaire	Totale	mensonge
Moyenne	19	6	7	5	37	6

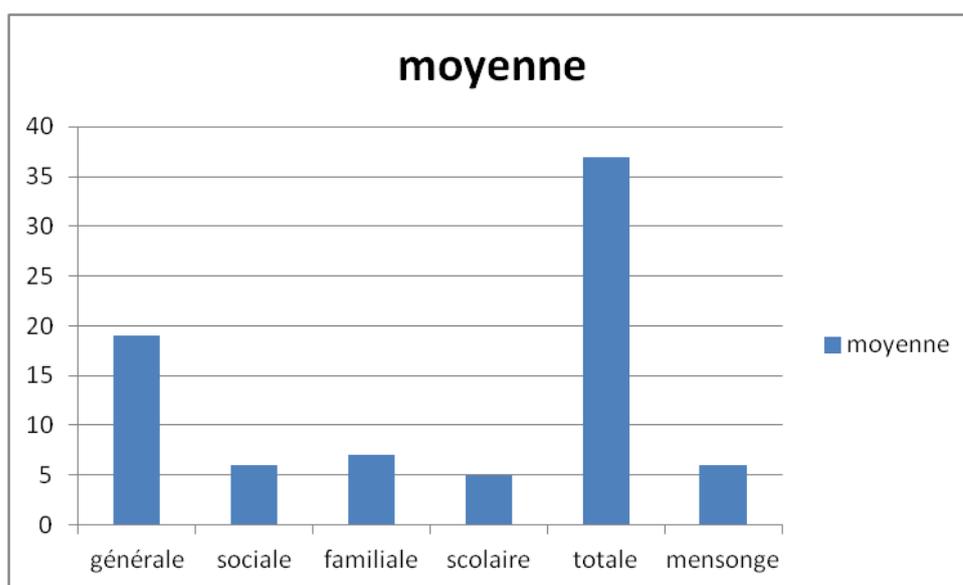


Figure n° 05 : Histogramme de cas Omar

Pour plus d’information sur le résultat du cas Omar, on renvoie le lecteur à l’annexe n°07.

Omar a obtenu (37) points de la note totale qui est de (50) points. Le sujet présente un niveau moyen d’estime de soi.

A partir du tableau et l'histogramme ci-dessus, on a obtenu dans les sous échelles les résultats suivants :

L'échelle générale : dans cette échelle il a obtenu une note de 19 sur 26 points qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Omar d'une confiance en soi, il a répondu en cochant la case « *me rassemble* » : « *en général, je ne me fait pas de souci* » et « *j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés* ».

L'échelle sociale : il a obtenu la note de 6 point sur 8 points de la note maximale, Omar à une bonne relation avec son entourage social suite à ses déclarations: « *on s'amuse beaucoup en ma compagnie* » aussi « *j'ai généralement une influence sur les autres* ».

L'échelle familiale: Omar a obtenu la note de 7 points sur 8 points de la note maximale, ce qui marque un climat d'équilibre et de stabilité tel qu'il a souligné en couchant les cases « *me rassemble* » : « *mes parents me comprennent* » et « *mes parents et moi passons de bons moments ensemble* ».

L'échelle scolaire : il a obtenu la note de 5 points sur 8 points de la note maximale, supérieur à note moyenne (4.12), il a répondu en cochant « *me rassemble* » : « *je suis fier de mes résultats scolaires* » aussi « *j'aime être interrogé en classe* ».

L'échelle de mensonge : il a obtenu une note de 6 points supérieur à la moyenne 2.28 se qui indique la résistance vis-à-vis du test et un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Synthèse de l'inventaire de Cooper Smith pour l'estime de soi :

A partir de l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith, Omar a obtenu 37 points de la note totale qui est 50 points. Le sujet présente un niveau moyen d'estime de soi.

Synthèse générale :

A partir des données récoltées au cours de l'entretien clinique semi-directif, L'estime de soi chez Omar se manifeste par un sentiment de confiance sur lui-même en accentuant sur le soutien de son entourage familial et social pour lui.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien clinique semi directif et celle de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith montrent un niveau d'estime de soi à 37 points qui correspond à la troisième classe de 31 à 38 signifiant une estime de soi moyenne.

II. Synthèse des résultats et discussion des hypothèses :

Après avoir présenté, évalué et interprété les résultats de l'entretien clinique semi directif et ceux de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith des 5 cas. Nous sommes en mesure de discuter leurs significations à la lumière de notre hypothèse de départ, qui est :

La nature de l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger est mauvaise.

Cas Céline :

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi directif du cas Céline on a pu constater une estime de soi élevée, Céline éprouve une relation familiale très stable qui lui a permis un équilibre dans ses relations avec tous ceux qui l'entoure et dans ses comportements, elle a dit : « *tout ce que je demande à mes parents et mes frères me le ramène facilement* », aussi : « *mes sœurs me disent toujours qu'il faut que je sois forte, donc je le suis* », qui est une marque d'une confiance en soi. Aussi Céline à de très bonnes relations avec autrui, elle dit : « *j'aime tout le monde car ils m'aiment tous* », d'après Henri (1939) : « *la*

personne qui ne croit pas qu'elle est aimée par ceux qui l'entourent, elle est incapable d'aimer les autres » comme le confirme Céline.

Céline éprouve de l'appréciation envers soi-même, et d'après ce que la mère a dit : (quand on marche dehors tous le monde l'appelle de son nom et lui achètent des bombons). Céline a de bonnes relations avec ceux qui l'entourent contrairement à la personne qui n'a pas confiance en soi, cela est confirmé par Swann et Read (1981) qui ont considéré que l'individu attend une évaluation de son entourage égal au degré de son évaluation personnelle. (S. Genette, 1990, p. 14). Donc d'après l'analyse de l'entretien clinique semi-directif, Céline semble qu'elle a une estime de soi positive.

L'inventaire de Cooper Smith montre une estime de soi élevée (39 points), ce qui infirme notre hypothèse pour le cas Céline.

Cas Maya :

L'analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif du cas Maya, montre qu'elle n'est pas adaptée à son environnement social et scolaire : « *je ne veux pas venir à l'école* » aussi : « *j'aime rester à la maison* », et qu'elle trouve des difficultés vis-à-vis de son problème visuel : « *pourquoi je ne peux pas voir bien mes amis* », ce problème de santé a influencé sur ses capacités à apprendre et à observer tout ce qui bouge autour d'elle, comme elle présente des difficultés vis-à-vis son retard mental. La relation familiale est primordiale chez un enfant pour son estime de soi, Mais notre sujet éprouve de la tristesse, ce qui peut expliquer : « *les émotions sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux. Cependant, l'organisme ne répond pas passivement et en fonction des caractéristiques des stimulations auxquelles il se trouve exposé sa perception des événements dépend de ses expériences antérieures et de l'état physique dans lequel il se trouve à ce moment précis* »

(J. Cottraux, 2001, p. 5). Le manque d'estime de soi semble être un obstacle majeur pour l'un comme pour l'autre, pour vivre dans un monde en perpétuel changement, il est nécessaire de s'adapter en permanence. Or, les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation, les changements leurs font peur et elles montrent de l'anxiété.

Et d'après l'inventaire de Cooper Smith, Maya a collecté 22 points, cela signifie une basse estime de soi, alors on constate que l'hypothèse est confirmée, le sujet a une mauvaise estime de soi.

Cas Alicia :

L'analyse des résultats de l'entretien clinique semi directif du cas Alicia montre une inadaptation à des nouvelles situations, et des pensées négatives envers les gens : « *j'aime que ma famille* », elle reçoit les gens qu'elle approche avec un silence total et des comportements agressifs : « *je frappe tous ceux que je ne connais pas* », ainsi elle croit que tout le monde la déteste sauf sa famille : « *je sais que mon éducatrice me déteste parce que les autres filles sont plus belles que moi* », il y a plusieurs raisons au manque d'estime de soi mais le principal est un manque de confiance en soi, en ses qualités et ses aptitudes. La mauvaise perception découle de pensées négatives. Donc, un des premiers pas est d'apprendre comment détecter ses pensées négatives et à s'entraîner pour les transformer. Les pensées négatives qui inondent l'esprit, et la cause des émotions qui sont étroitement liées à la façon de penser, elles sont la conséquence ultime de la manière de percevoir les choses.

Le silence, l'agressivité et l'isolement d'Alicia envers les autres peuvent être expliqués en revenant à ce passage dans la partie théorique : « *Lorsqu'on manque d'estime de soi et de confiance en soi, l'autre est aisément perçu comme accusateur et même menaçant ou encore comme une source possible d'humiliation ou de rejet* ». (J-S. Paul, 1999, pp. 24-25). On constate donc que

l'estime de soi mauvaise est reliée à des raisons personnelles (les pensées négatives, manque de confiance en soi...etc.) et des raisons liées au contexte dans le sujet vit.

Dans l'inventaire de Cooper Smith Alicia a collecté une note de 30 point, se qui renvoie à une mauvaise estime de soi, alors notre hypothèse est confirmé.

Cas Ilasse :

L'analyse de l'entretien clinique semi directif du cas Ilasse, on a constaté chez lui une confiance et un contrôle de soi, il prend des décisions tout seul, et il fait tout se qui lui vient en tête, et d'après l'éducatrice : « *Ilasse se croit le leader de la classe* ». « *L'estime de soi est une approbation ou désapprobation portée sur soi même, elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important, c'est une expression subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs* ». (S. Cooper, 1984, p. 6). Aussi Ilasse se montre toujours bien adapté a des nouvelles situations par le sourire et de parler a haute voix comme des fois de frapper ses camarades devant les étrangers pour attirer leur l'attention. Et parmi les caractéristiques d'une personne qui s'estime citée dans la partie théorique : « *Les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur et qu'elles sont dignes d'être aimées et d'être heureuses. de plus, elles se sentent compétentes, non qu'elles soient persuadées de savoir tout faire ou de pouvoir tout réussir, mais elles se donnent le droit à l'erreur et elle savent qu'elles peuvent apprendre, elles pensent qu'elles sont responsable de ce qui leur arrive et ,en particulier, de leur propre bonheur* ». (J-S. Paul, 1999, p. 21).

Malgré L'instabilité de l'entourage familiale pour Ilasse : « *personne ne joue avec moi, et à chaque fois je fais une bêtise ils me frappent* », mais ceci n'a apparemment pas influencé sur sa personnalité et sa confiance en soi.

Dans l'inventaire de Cooper Smith Ilasse a récolté une note de 41 point, qui renvoie à une estime de soi élevée, donc notre hypothèse est infirmée.

Cas Omar :

A la séance de l'entretien clinique semi directif du cas d'Omar, on a constaté qu'il est sociable, et bien entouré de la part de sa famille, il se montre très confiant, Pour connaître qu'une personne a une confiance en soi on revient dans la partie théorique à ce passage qui explique : « *il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu, donc la confiance en soi est la conséquence de l'amour de soi et la vision de soi* ». (C. André & F. Lelord, 1999, p. 16).

En 1934, Mead a étudié le lien entre le soi et le milieu, pour cet auteur : « *le soi d'un individu se développe à partir des jugements qu'autrui émet sur lui à l'intérieur d'un contexte dans lequel cette individu et autrui interagissent* ». (Mead, 1963, p. 178).

Dans l'inventaire de Cooper Smith, Omar a eu une note de 37 point, se qui renvoie à une moyenne estime de soi, ce qui infirme notre hypothèse.

Conclusion de la discussion des hypothèses :

Pour conclure cette discussion on peut dire que notre hypothèse de recherche pour les cinq cas été confirmée pour deux et infirmée pour les trois autres cas, c'est-à-dire que tous les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger de notre groupe de recherche, deux cas présentent une bonne estime de soi, un cas présente une estime de soi moyenne, et les deux autres cas présentent une mauvaise estime de soi. Ce qui nous amène à déduire que le retard mental à une influence sur l'estime de soi d'une manière ou d'une autre.

Ainsi, tout les cas de notre groupe de recherche sont des enfants non désirés, leurs mères étaient presque toutes à un âge tardif (40 ans est plus), comme elles

ont eu recours à un soutien culturel de type religieux et la réaction de l'entourage était positive.

En outre, le climat familial et l'acceptation de cas de la part de la mère, ainsi que le niveau culturel des parents et la perception de l'entourage se diffère d'un cas à un autre.

Après avoir terminé l'analyse des cas on peut proposer un tableau récapitulatif et un histogramme des 5 cas :

Tableau N°12 : Tableau récapitulatif des 5 cas

	Céline	Maya	Alicia	Ilasse	Omar
Estime de soi général	20	10	19	22	19
Estime de soi social	6	4	2	8	6
Estime de soi Familial	6	6	6	4	7
Estime de soi scolaire	7	2	3	7	5
Total	39	22	30	41	37
Mensonge	5	5	7	7	6
Niveau d'estime de soi	Élevé	Bas	Bas	Élevé	Moyen

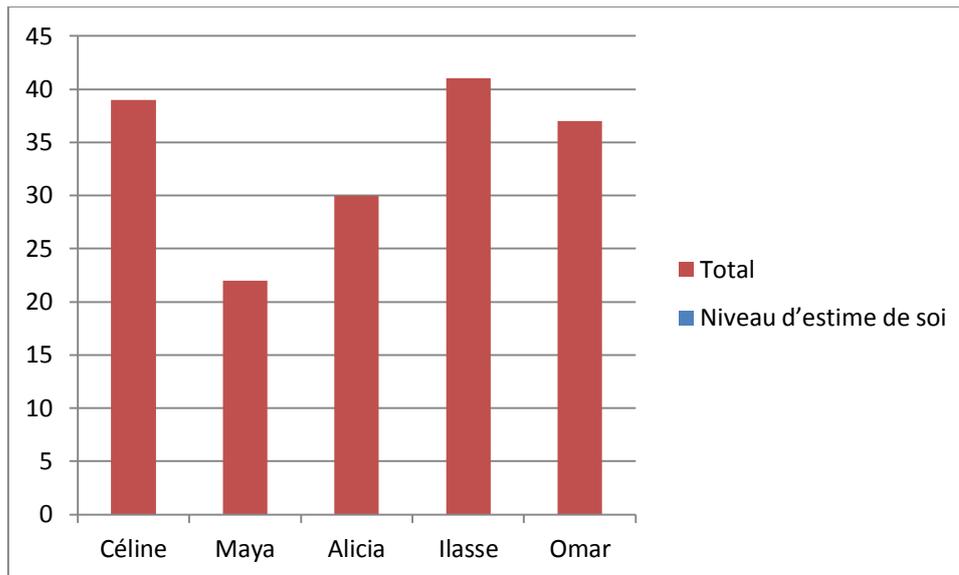


Figure N° 06 : Histogramme des 5 cas

D'après le tableau ci-dessous on remarque que notre groupe de recherche se diffère dans la nature de l'estime de soi : une bonne estime de soi, une moyenne estime de soi et une mauvaise estime de soi. Cette différence peut être due au milieu où les enfants vivent, l'image que les enfants perçoivent de leurs familles, l'acceptation de cas d'enfants dans leurs entourages, la nature de la prise en charge et le niveau culturel ou socio-économique des parents...etc.

Conclusion

L'estime de soi est l'aptitude d'éprouver un sentiment favorable. Lequel naît de la bonne opinion que la personne a d'elle-même et de la valeur qu'elle se donne. L'estime de soi serait un baromètre de notre relation avec les autres. Un baromètre psychologique construit en nous pour nous aider à éviter la menace du rejet social. C'est un regard global sur soi qui correspond à un jugement de sa valeur en tant que personne.

Nous avons alors effectué une recherche auprès de 5 cas, et pour réaliser cette étude, on a choisi la méthode clinique à base de l'étude de cas, des entretiens cliniques semi-directifs et l'inventaire de Cooper Smith de l'estime de soi.

A travers de cette recherche, on a essayé d'aborder la question de l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger, en se basant sur nos lectures et nos observations faites sur le terrain durant notre pré-enquête ainsi que notre enquête, ce qui nous a permis d'aboutir à certaines conclusions telles que l'évaluation de l'estime de soi qui se diffère d'un enfant à un autre, selon les traits de personnalité, les stratégies d'adaptation ou les mécanismes de défenses utilisées, ainsi que l'existence de liens significatifs entre l'apport de l'environnement et l'estime de soi. On a noté aussi que l'entourage familial joue un rôle très important dans le regard que porte un enfant sur lui même.

Nous avons aussi relevé au centre des inadaptés mentaux, les difficultés fréquemment rencontrées par ces enfants, le manque d'autonomie, les difficultés du langage, le manque d'affection, les difficultés de concentration et d'agressivité, mais ils arrivent à compenser et s'habituent à leurs situation avec un soutien parental ou environnemental ou ils se situent.

L'analyse des résultats de recherche nous a révélés une bonne estime de soi chez Céline et Ilasse, une moyenne estime de soi chez Omar et une mauvaise estime de soi chez Maya et Alicia, avec des caractéristiques qui se diffère d'un cas à un autre.

On reste convaincu que notre travail d'investigation n'est pas encore achevé et qu'il reste d'autre chose à explorer.

Conclusion

On espère que ce thème sera abordé par d'autres chercheurs à l'avenir en proposant d'autres questions qui apporteront des éclaircissements approfondis sur les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger :

-L'influence de retard mental léger sur la qualité de vie des enfants trisomiques.

-L'image du corps chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger.

-La résilience chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

Ouvrages

- 1-AJURIAGUIRA. G. (1980). Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson.
- 2-ALEXANDRE. B. (2005). Psychologie clinique et psychopathologie. Bruxelles : Bréal.
- 3-ANDRE. C, LELORD. F. (1999). L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres. Paris : Odile Jacob.
- 4-BOUDIER. A, Bernadette. C. (2002). Le développement affectif et social du jeune enfant. Paris : Nathan.
- 6-BIOY. A. (2000). Manuel de psychologie de soin. Bruxelles : Bréal.
- 7-COOPER. S. (1984). Inventaire d'estime de soi. Paris : Centre de psychologie appliquée.
- 8-COUZON.E et all. (2012). S'estimer pour réussir sa vie. Paris : Virginie Hamelin.
- 9-COSLIN. P-G. (2002). Psychologie de l'adolescent. Paris : Armand Colin.
- 10-CHAHRAOUI. Kh. BENONY. H. (2003). Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris : Dunod.
- 11-DIANE. E-P, RUTH. D-F. (2012). Psychologie de développement de l'enfant. Québec : Chenelière.
- 12-DOLAN. S-L, ARSENAUT. A. (2009). Stress, estime de soi, santé, travail. Canada : Presse de l'université du Québec.

- 13-DENIR. V. (2006). Accompagner l'enfant trisomique. France : chronique social.
- 14-DUVEERGER. PH et all. (2011). Psychopathologie en service de psychiatrie. Paris : Masson.
- 15-FAMOSE. J-P, GUIRIN. F. (2002). La connaissance de soi. Paris : Armand Colin.
- 16-FRANCOISE. J-M. (2002). La déficience intellectuelle. France : Saint martin.
- 17-LUSSIER. F, FLESSAS. J. (2009). Neuropsychologie de l'enfant. Paris: Dunod.
- 18-FAMOSE. J-P, GUIRIN. F. (2002). La connaissance de soi. Paris : Armand Colin.
- 19-GRAZIANI. P. (2003). Anxiété et troubles anxieux. Paris : Nathan.
- 20-GUILLERET.M. (2007).Trisomie et handicaps génétiques associés. Paris : Masson.
- 21-GUIDETTI. M, TOURETTE. C. (1999). Handicap et développement psychologique de l'enfant. Paris : Armand Colin.
- 22-GUIDETTI. M, TOURETTE. C. (2008). Introduction à la psychologie du développement. Paris : Armand Colin.
- 23- GUENICHE. K. (2007). Psychopathologie de l'enfant. Paris : Armand colin.
- 24-HENRI. L, DANIEL. M. (2002). Psychologie de développement, enfant et adolescent. Paris : Dunod.
- 25- HAELEWYCK. M-C, GASCON. H. (2010). Adolescence et retard mental. Paris : Boeck.

- 26- JOSIAN. S-P. (1999). Estime de soi, Confiance en soi. Paris : inter édition.
- 27- LEGER. J-M, MAS. J-L. (2011). Neurologie génétique. Paris : Doin.
- 28- LIBERMAN. R. (1998). Handicap et maladie mentale. Paris : PUF.
- 29-IONISCU. S, BLANCHET. A. (2006). Psychologie clinique et psychopathologie. Paris : PUF.
- 30-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5. (2015). Paris : Elsevier Masson.
- 31-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 4-TR. (2003). Paris : Masson.
- 32-Martinot. D. (1995). Les approches psychosociales. France: Presse universitaire de Grenoble.
- 33-Organisation mondiale de la santé. (1994). CIM-10-ICD-10. Critère diagnostic pour la recherche, classification internationale des maladies. Paris : Masson.
- 34-Mazereau. Ph. (2001). La déficience mentale chez l'enfant entre école et psychiatrie. Paris : Harmattan.
- 35-Organisation mondiale de la santé. (2012). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé version pour enfant et adolescent (CIF-EA). Rennes : Presses de L'EHESP.
- 36-PERRY. J-CH. (2007). Échelles d'évaluation des mécanismes de défense. Paris : Masson
- 37-ROMANO. H. (2009). La maladie et handicap à hauteur d'enfant. Paris : Fabert.

38-Ronald. J-A. (2010). Psychologie, évaluation, mesure, diagnostic. Wavre : Mardaga.

39-SIRVEN. R. (2002). L'enfant de 6 à 12ans ou l'âge docile. Paris : L'hamattan.

40- TOURETTE. C. (2014). Évaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement. Paris : Dunod.

41- THOMMEN. E, GUILLAUME. R. (2005). L'enfant et les connaissances sur autrui. Berlin.

42- WILKNINSON. I-M-S. (2002). Neurologie. Paris : De boeck université.

Thèses :

43-Rambaud. A. (2009). Les effets des dispositifs pédagogiques sur l'estime de soi et la maîtrise de la lecture des élèves de CP et de CE1. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Nante.

Dictionnaire :

44-BLOCHE. H. (1992). Grand Dictionnaire de la psychologie. Paris : Larousse.

45-BLOCHE. H. (1993). Le grand dictionnaire de la psychologie. Paris : Larousse.

46-DORAN. R. PAROT. F. (1991). Dictionnaire de la psychologie. Paris : Presse universitaire de France.

47-LABRO. C, MEVEL. J (2009). Dictionnaire Hachette. Paris : Quai de Grenelle.

48-Manuila. A et al. (2014). Dictionnaire médical Manuela. Paris : Masson.

49-SYLAMY. N. (2003). Dictionnaire de psychologie. Paris : Larousse.

Articles

50-UNICEF. (2009). Article des droits de l'enfant. France : Paris.

Sites internet

51-<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>. Consulté le 15/04/2017 à 18:30h.

52-<http://guide-psycho.com/accueil/psychologie-psychotherapie-cours-et-theorie/reperes-le-dessin-du-bonhomme/>. Consulté le 08/05/2017 à 21:12h.

Annexes

Annexe N° 01 : Guide d'entretien clinique semi-directif :

Informations générales sur l'enfant :

1. Quelle est votre âge ?
2. Quelle est votre emplacement dans la fratrie?

Axe I: Le vécu de la grossesse :

3. Pouvez-vous nous dire s'il s'agit d'une grossesse désirée?
4. Pouvez- vous nous décrire le déroulement de votre grossesse ?
5. Quelle sont vous attentes par rapport à votre enfant imaginaire?

Axe II: L'annonce de diagnostic :

6. Veuillez-vous nous dire quand vous a-ton informé du diagnostic?
7. Étiez-vous seule ou accompagnée au moment de l'annonce?
8. Avez-vous demandé des explications, et des renseignements sur la situation de votre enfant?
9. Comment votre entourage familial, parent et fratries ont-ils réagit?

Axe III : Les interactions mère-enfant :

10. Quel ont été vos sentiments à l'égard de votre enfant?
11. Comment vous vous comportez avec lui ?
12. Partagez-vous des activités avec lui, si oui quelle genre d'activité?
13. avez-vous des difficultés à transmettre une éducation et des multiples apprentissages à votre enfant?
14. Pouvez-vous nous décrire comment les gens extérieurs vous perçoivent?
15. Que signifie pour vous le regard des gens?

16. Pouvez-vous nous décrire vos sentiments par rapport à ça?

Axe IV : État mental et physique de la mère :

17- Actuellement quelle est votre état de santé?

18- Est-ce qu'il vous arrive souvent de pleurer, de s'isoler? Et comment arrivez-vous à gérer la situation?

19 : Avez-vous présenté quelque trouble durant cette période? Trouble de sommeil par exemple.

Axe V : L'avenir de l'enfant :

20. Pensez-vous qu'un jour votre enfant sera indépendant et autonome?

21. Quelque chose que vous souhaitez pour lui?

Axe VI: entretien avec l'enfant :

22. Comment est ta relation avec votre famille ?

23. Comment est ta relation avec les camarades du centre ?

24. Aimes-tu participer aux activités faites au centre ?

25. Sens-tu à l'aise dans tes relations avec les enfants de ton âge ?

26. Vois-tu que vous êtes capable d'accomplir une tâche?

Axe VII : Entretien avec les personnels de centre :

1- Question au médecin :

27. Pouvez-vous nous décrire son état de santé au début de son arrivée au centre et actuellement?

2- Questions à l'éducateur :

28. Pouvez-vous nous décrire son comportement habituel?

29. Comment se déroule la relation entre vous? Et avec le groupe?

3- Question au psychomotricien :

30. Pouvez vous nous décrire son développement psychomoteur au début de son arrivé au centre et actuellement?

Annexe N°02 : Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

Forme scolaire

S.E.I

NOM :..... PRENOM:.....

AGE :.....SEXE :.....CLASSE:.....

NOM et ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

.....

.....

DATE DE L'EXAMEN :.....

La consigne

Lisez attentivement les consignes avant de répondre

- Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions .vous lirez attentivement chacune de ces phrases. Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulé « me ressemble ».
- Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « ne me ressemble pas ».
- Efforcez- vous de répondre à toutes phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

	Me ressemble	Ne me ressemble
1. En général, je ne me fait pas de souci.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A la maison, j suis facilement contrarié.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. En, général, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens.....
10. Je cède très facilement aux autres.....
11. Mes parents attendent trop de moi.....
12. C'est très dur d'être moi.....
13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie.....
14. J'ai généralement une influence sur les autres.....
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.....
16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison.....
17. Je me sens souvent mal à l'aise en classe.....
18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens...
19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.....
20. Mes parents me comprennent.....
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.....
22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents.....
23. En classe, je me laisse souvent décourager.....
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.....
26. Je ne suis jamais inquiet.....
27. Je suis assez sur de moi.....
28. Je plais facilement.....
29. Mes parents et moi passons de bons moment ensemble.....
30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
31. J'aimerais être plus jeune.....
32. Je fais toujours ce qu'il faut faire.....
33. Je suis fier de mes résultats scolaires.....
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.....
35. Je regrette souvent ce que je fais.....
36. Je ne suis jamais heureux.....
37. Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.....
38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.....
39. Je suis assez content de ma vie.....

40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
41. J'aime tout les gens que je connais
42. J'aime être interrogé en classe.....
43. Je me comprends bien moi –même.....
44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison
45. On ne me fait jamais de reproches.....
46. En classe, je ne réussi pas bien que je voudrais.....
47. Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.....
48. Cela ne me plait vraiment pas d'être fille/garçon.....
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.....
50. Je ne suis jamais intimidé.....
51. J'ai souvent honte de moi.....
52. Les autres viennent souvent m'embêter.....
53. Je dis toujours la vérité.....
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants.....
55. Je me moque de ce que peut m'arriver.....
56. Je réussis rarement à ce que j'entreprends.....
57. Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches.....
58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

Annexe N° 03 : résultat de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith du cas Céline :

La consigne

Lisez attentivement les consignes avant de répondre.

- Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions .vous lirez attentivement chacune de ces phrases. Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulé « me ressemble ».
- Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « ne me ressemble pas ».
- Efforcez- vous de répondre à toutes phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

	Me ressemble	Ne me ressemble
1. En général, je ne me fait pas de souci.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Il ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A la maison, j suis facilement contrarié.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En, général, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Je cède très facilement aux autres.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Mes parents attendent trop de moi.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. C'est très dur d'être moi.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. J'ai généralement une influence sur les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Je me sens souvent mal à l'aise en classe.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens...
19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.....
20. Mes parents me comprennent.....
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.....
22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents.....
23. En classe, je me laisse souvent décourager.....
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.....
26. Je ne suis jamais inquiet.....
27. Je suis assez sûr de moi.....
28. Je plais facilement.....
29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble.....
30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
31. J'aimerais être plus jeune.....
32. Je fais toujours ce qu'il faut faire.....
33. Je suis fier de mes résultats scolaires.....
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.....
35. Je regrette souvent ce que je fais.....
36. Je ne suis jamais heureux.....
37. Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.....
38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.....
39. Je suis assez content de ma vie.....
40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
41. J'aime tout les gens que je connais
42. J'aime être interrogé en classe.....
43. Je me comprends bien moi-même.....
44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison
45. On ne me fait jamais de reproches.....
46. En classe, je ne réussis pas bien que je voudrais.....
47. Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.....
48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être fille/garçon.....
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.....

50. Je ne suis jamais intimidé.....
51. J'ai souvent honte de moi.....
52. Les autres viennent souvent m'embêter.....
53. Je dis toujours la vérité.....
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants.....
55. Je me moque de ce que peut m'arriver.....
56. Je réussis rarement à ce que j'entreprends.....
57. Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches.....
58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

Annexe N° 04 : résultats de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith du cas Maya :

La consigne

Lisez attentivement les consignes avant de répondre.

- Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions .vous lirez attentivement chacune de ces phrases. Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulé « me ressemble ».
- Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « ne me ressemble pas ».
- Efforcez- vous de répondre à toutes phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

	Me ressemble	Ne me ressemble
1. En général, je ne me fait pas de souci.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A la maison, j suis facilement contrarié.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En, général, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Je cède très facilement aux autres.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mes parents attendent trop de moi.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. C'est très dur d'être moi.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'ai généralement une influence sur les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

17. Je me sens souvent mal à l'aise en classe.....
18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens...
19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.....
20. Mes parents me comprennent.....
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.....
22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents.....
23. En classe, je me laisse souvent décourager.....
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.....
26. Je ne suis jamais inquiet.....
27. Je suis assez sûr de moi.....
28. Je plais facilement.....
29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble.....
30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
31. J'aimerais être plus jeune.....
32. Je fais toujours ce qu'il faut faire.....
33. Je suis fier de mes résultats scolaires.....
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.....
35. Je regrette souvent ce que je fais.....
36. Je ne suis jamais heureux.....
37. Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.....
38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.....
39. Je suis assez content de ma vie.....
40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
41. J'aime tout les gens que je connais
42. J'aime être interrogé en classe.....
43. Je me comprends bien moi –même.....
44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison
45. On ne me fait jamais de reproches.....
46. En classe, je ne réussis pas bien que je voudrais.....
47. Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.....
48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être fille/garçon.....

49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.....
50. Je ne suis jamais intimidé.....
51. J'ai souvent honte de moi.....
52. Les autres viennent souvent m'embêter.....
53. Je dis toujours la vérité.....
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants.....
55. Je me moque de ce que peut m'arriver.....
56. Je réussis rarement à ce que j'entreprends.....
57. Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches.....
58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

Annexe N° 05 : résultat de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith du cas Alicia :

La consigne

Lisez attentivement les consignes avant de répondre.

- Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions .vous lirez attentivement chacune de ces phrases. Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulé « me ressemble ».
- Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « ne me ressemble pas ».
- Efforcez- vous de répondre à toutes phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

	Me ressemble	Ne me ressemble
1. En général, je ne me fait pas de souci.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. A la maison, j suis facilement contrarié.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. En, général, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je cède très facilement aux autres.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Mes parents attendent trop de moi.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. C'est très dur d'être moi.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. J'ai généralement une influence sur les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Je me sens souvent mal à l'aise en classe.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens...
19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.....
20. Mes parents me comprennent.....
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.....
22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents.....
23. En classe, je me laisse souvent décourager.....
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.....
26. Je ne suis jamais inquiet.....
27. Je suis assez sûr de moi.....
28. Je plais facilement.....
29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble.....
30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
31. J'aimerais être plus jeune.....
32. Je fais toujours ce qu'il faut faire.....
33. Je suis fier de mes résultats scolaires.....
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.....
35. Je regrette souvent ce que je fais.....
36. Je ne suis jamais heureux.....
37. Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.....
38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.....
39. Je suis assez content de ma vie.....
40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
41. J'aime tout les gens que je connais
42. J'aime être interrogé en classe.....
43. Je me comprends bien moi –même.....
44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison
45. On ne me fait jamais de reproches.....
46. En classe, je ne réussis pas bien que je voudrais.....
47. Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.....
48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être fille/garçon.....
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.....

50. Je ne suis jamais intimidé.....
51. J'ai souvent honte de moi.....
52. Les autres viennent souvent m'embêter.....
53. Je dis toujours la vérité.....
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants.....
55. Je me moque de ce que peut m'arriver.....
56. Je réussis rarement à ce que j'entreprends.....
57. Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches.....
58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

Annexe N° 06 : résultats de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith du cas Ilasse :

La consigne

Lisez attentivement les consignes avant de répondre.

- Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions .vous lirez attentivement chacune de ces phrases. Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulé « me ressemble ».
- Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « ne me ressemble pas ».
- Efforcez-vous de répondre à toutes phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

	Me ressemble	Ne me ressemble
1. En général, je ne me fait pas de souci.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Il ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A la maison, j suis facilement contrarié.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En, général, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Je cède très facilement aux autres.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Mes parents attendent trop de moi.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. C'est très dur d'être moi.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. J'ai généralement une influence sur les autres.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Je me sens souvent mal à l'aise en classe.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens...
19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.....
20. Mes parents me comprennent.....
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.....
22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents.....
23. En classe, je me laisse souvent décourager.....
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.....
26. Je ne suis jamais inquiet.....
27. Je suis assez sûr de moi.....
28. Je plais facilement.....
29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble.....
30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
31. J'aimerais être plus jeune.....
32. Je fais toujours ce qu'il faut faire.....
33. Je suis fier de mes résultats scolaires.....
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.....
35. Je regrette souvent ce que je fais.....
36. Je ne suis jamais heureux.....
37. Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.....
38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.....
39. Je suis assez content de ma vie.....
40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
41. J'aime tout les gens que je connais
42. J'aime être interrogé en classe.....
43. Je me comprends bien moi –même.....
44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison
45. On ne me fait jamais de reproches.....
46. En classe, je ne réussis pas bien que je voudrais.....
47. Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.....
48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être fille/garçon.....
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.....

50. Je ne suis jamais intimidé.....
51. J'ai souvent honte de moi.....
52. Les autres viennent souvent m'embêter.....
53. Je dis toujours la vérité.....
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants.....
55. Je me moque de ce que peut m'arriver.....
56. Je réussis rarement à ce que j'entreprends.....
57. Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches.....
58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

Annexe N° 07 : résultat de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith du cas Omar :

La consigne

Lisez attentivement les consignes avant de répondre.

- Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions .vous lirez attentivement chacune de ces phrases. Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulé « me ressemble ».
- Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « ne me ressemble pas ».
- Efforcez- vous de répondre à toutes phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

	Me ressemble	Ne me ressemble
1. En général, je ne me fait pas de souci.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Il ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A la maison, j suis facilement contrarié.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En, général, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je cède très facilement aux autres.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Mes parents attendent trop de moi.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. C'est très dur d'être moi.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. J'ai généralement une influence sur les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Je me sens souvent mal à l'aise en classe.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens...
19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.....
20. Mes parents me comprennent.....
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.....
22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents.....
23. En classe, je me laisse souvent décourager.....
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.....
26. Je ne suis jamais inquiet.....
27. Je suis assez sûr de moi.....
28. Je plais facilement.....
29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble.....
30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
31. J'aimerais être plus jeune.....
32. Je fais toujours ce qu'il faut faire.....
33. Je suis fier de mes résultats scolaires.....
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.....
35. Je regrette souvent ce que je fais.....
36. Je ne suis jamais heureux.....
37. Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.....
38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.....
39. Je suis assez content de ma vie.....
40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
41. J'aime tout les gens que je connais
42. J'aime être interrogé en classe.....
43. Je me comprends bien moi –même.....
44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison
45. On ne me fait jamais de reproches.....
46. En classe, je ne réussis pas bien que je voudrais.....
47. Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.....
48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être fille/garçon.....
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.....

50. Je ne suis jamais intimidé.....
51. J'ai souvent honte de moi.....
52. Les autres viennent souvent m'embêter.....
53. Je dis toujours la vérité.....
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants.....
55. Je me moque de ce que peut m'arriver.....
56. Je réussis rarement à ce que j'entreprends.....
57. Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches.....
58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

Résumé

Cette étude porte sur « *l'estime de soi chez les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger* ». En effet, notre travail a eu pour objectif de décrire et de comprendre la nature de l'estime de soi qui caractérise les enfants trisomiques atteints d'un retard mental léger.

Afin de réaliser ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif et l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

Les résultats obtenus dans ce travail, après l'analyse des données récoltées démontre que les sujets de notre groupe de recherche (2 enfants) présentent une mauvaise estime de soi, (1 enfant) présente une moyenne estime de soi et (2 autres) une bonne estime de soi. Cette différence peut être due au milieu où ses enfants vivent, l'image qu'ils perçoivent de leurs familles, l'acceptation de cas d'enfants dans leurs entourages, la nature de la prise en charge et le niveau culturel ou socio-économique des parents.

Mots clés : Estime de soi, Enfant trisomique, retard mental léger.