

Université Abderrahmane Mira-Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Humaines et Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : Psychologie clinique

Thème

**LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF CHEZ LES ENFANTS
TRISOMIQUES 21.**

*Etude de Trois cas réalisés au Centre Psycho-Pédagogique Pour Enfants
Handicapés Mentaux de Bejaia.*

Réalisé par :

*Benmahiddine Lynda.

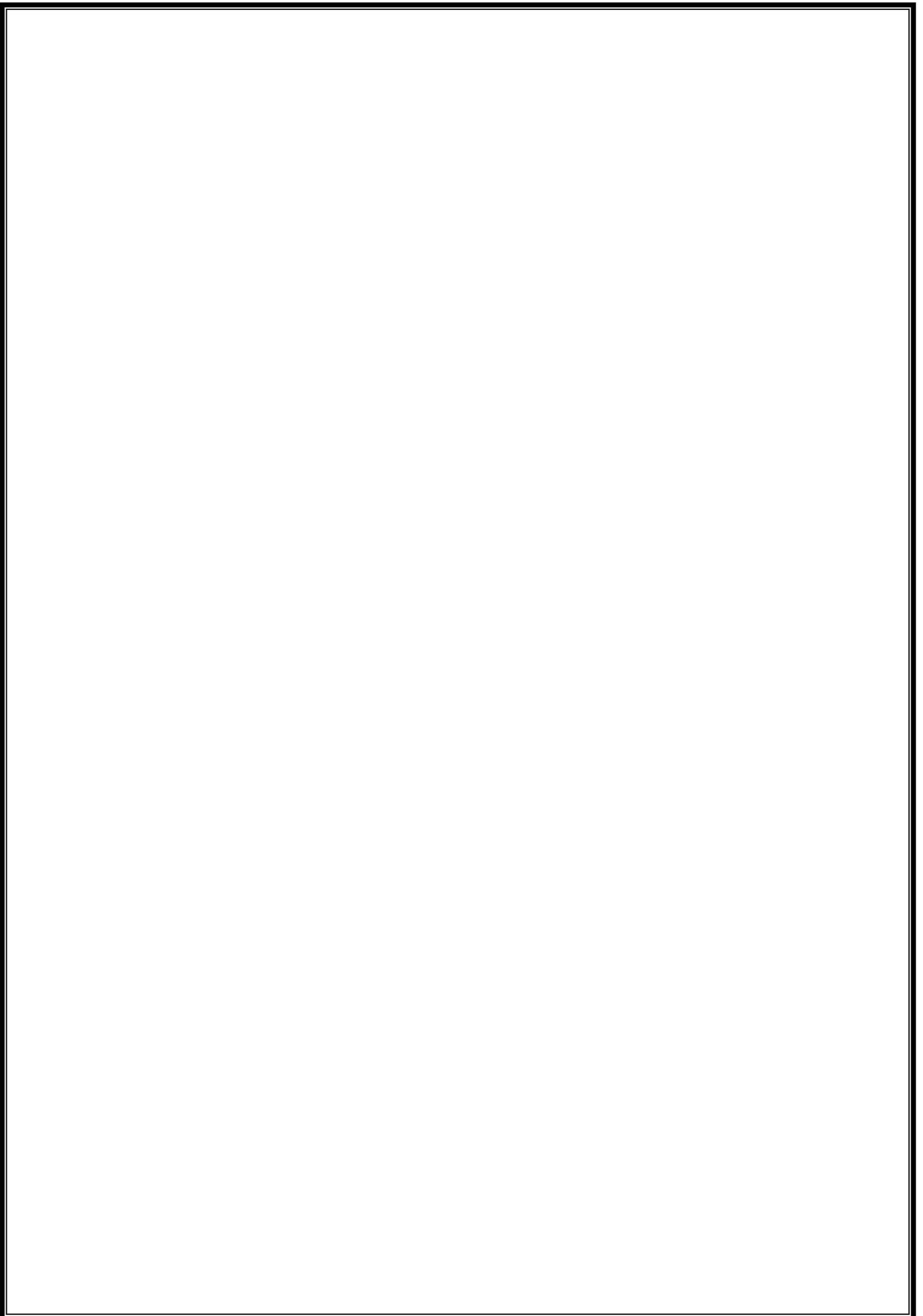
*Bennaissa Nassima.

Encadré par :

Mme Djedid Ratiba.

Année universitaire

2014-2015



Remerciements :

Tout d'abord, nous tenons à remercier le bon Dieu le tout puissant qui nous a donné la santé, le courage et la volonté à réaliser ce modeste travail.

On tient à remercier chaleureusement notre chère promotrice madame Djedid Ratiba pour sa disponibilité, son soutien ainsi que pour ses encouragements et son aide durant toute notre étude.

Comme on présente nos profonds remerciements au psychologue du centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Bejaia.

Enfin, on tient à remercier tous ceux qui ont participé de loin ou de près à réaliser ce travail.

Dédicaces

On dédie ce travail en signe de respect, d'amour, et de reconnaissance à :

Nos chers parents.

Nos sœurs : Naima, Nadira, Kahina, Bahia et Salima.

Nos chers frères : Sofiane, halim et Idir.

Mes belles sœurs : Sabrina et Lyna.

A toutes nos cousines et cousins.

A toute la famille Benaissa et Benmahiddine.

A tous nos amis en particulier nos trois meilleurs amis :

Sonia, Nesrine, et Meriem.

Table des matières

Introduction générale.....	p1
Problématique et hypothèses.....	p3
Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	p6

La partie théorique

Chapitre I : la trisomie 21

Préambule.....	p11
1- L'historique.....	p11
2- Définition de la trisomie 21.....	p11
3- Les types de la trisomie 21.....	p12
4- Les caractéristiques de la trisomie 21.....	p12
5- Les causes de la trisomie21.....	p14
6- Les symptômes de la trisomie 21.....	p15
7- Le diagnostic.....	p16
8- Le pronostic.....	p18
9- les problèmes majeurs de la santé chez l'enfant trisomique 21.....	p18
10-prévention et dépistage.....	p22
11-prise en charge de la trisomie 21.....	p22
Synthèse du chapitre.....	p24

Chapitre II : Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21 de 6 à10 ans.

Préambule.....	p26
1-définition du développement affectif.....	p26

2-les caractéristiques du développement affectif selon Freud.....	p26
3-le développement affectif et social chez un enfant.....	p28
4-les étapes de l'enfance.....	p37
5-les processus de maturation selon D.Winnicott.....	p43
6-le développement affectif et social chez un enfant trisomique....	p50
Synthèse du chapitre	p53

La partie pratique

Chapitre III : méthodologie de recherche.

Préambule.....	p57
1-la méthode de l'étude.....	p57
2-la pré-enquête.....	p58
3-le choix de l'échantillon.....	p58
4-les critères d'inclusions et d'exclusions.....	p58
5- présentation du terrain.....	p59
6-les outils de l'étude.....	p68
7-test dessin de la famille.....	p69
synthèse du chapitre.....	p77

Chapitre IV : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Préambule.....	p79
1-présentation du cas d'Ikram.....	p79
2-présentation du cas de Younes.....	p80

3-présentation du cas de Nabil.....p82

4-Discussion de l'hypothèse.....p85

-Conclusionp86

Liste des tableaux :

Tableau(01) : programme de la classe éveil 02.....p63

Tableau(02) : Manuel d'analyse et d'interprétation du test de
dessin de la famille.....p72

Liste des figuré :

La figure 01 :L'organigramme du C.P.P.E.H.M-Bejaia.....p67

-La liste bibliographique.

-Annexes.

Introduction générale

Introduction :

Nous sommes tous composés de milliards de cellules, chacune de ces cellules a un noyau et chaque noyau contient 46 chromosomes ou 23 paires de chromosomes (23 chromosomes viennent de la mère) et (23 chromosomes viennent du père), chez les personnes porteuses de trisomie 21 les noyaux des cellules contiennent trois chromosomes 21 au lieu de deux.

La trisomie 21, ou syndrome de down est une anomalie chromosomique qui touche indifféremment les enfants des deux sexes, qui se définit comme une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome : l'un des chromosomes figure en trois exemplaires au lieu de deux.

Chez l'être humain, on connaît plusieurs formes de trisomie, notamment celle qui affecte les chromosomes 13,18 et 21, la plus fréquente est la trisomie c'est elle qui est responsable du mongolisme.

Comme il existe différentes formes de trisomie 21, et toutes personnes porteuses de trisomie 21 présentent diverses caractéristiques particulières tel que : les yeux en amande, la tête ronde, les bras courts, le visage de forme spécifique, ainsi que les problèmes métaboliques et retard mental plus ou moins important et sont souvent petit de taille...etc. et une hypotonie musculaire, elles peuvent être porteuses de malformations cardiaques, digestives, rénales ou oculaires.

Chaque personne porteuse d'une trisomie 21 est d'abord singulière, avec sa manière unique de se développer et la population trisomie 21 ne peut être considérée comme un groupe homogène.

L'enfant trisomique a besoin d'affection comme tout enfant normal, le développement affectif commence dès la naissance et elle dépend de la relation que l'enfant construit avec ces parents qui évoluent de la relation duelle à la relation triangulaire. La qualité de ces relations conditionne le bien

Être affectif de l'enfant, et favorise l'ouverture de l'enfant au milieu extérieur à travers l'investissement ultérieur de nouvelles relations.

Le développement affectif peut être décrit (selon la psychanalyse) comme une suite d'expériences conflictuelles liées à l'affrontement de désirs différents entre l'enfant et son environnement, et à l'affrontement à l'intérieur du sujet de diverses exigences internes.

Multiples facteurs interviennent dans le développement affectif de l'enfant : le corps, (maturation du S.N.C), les affects, les interactions les capacités intellectuelles et l'enfant trisomique ayant un retard mental nécessite des conditions d'accueil particulières. Il s'agit ainsi de tenir compte de leurs développements affectifs et de veiller aux conditions d'une promotion de leur santé.

Aujourd'hui, de nombreux travaux s'accordent à reconnaître un phénotype spécifique à la trisomie 21.

C'est ce que nous allons essayer d'évaluer dans ce travail, en adoptant l'étude de cas qui se base sur l'observation clinique, et le questionnaire d'évaluation.

Ce mémoire comporte donc une introduction générale, et quatre chapitres ainsi que trois parties :

-la première partie est théorique : elle contient deux chapitres qui sont : le premier sur la trisomie 21 et le deuxième sur le développement affectif des enfants trisomiques 21. puis on présentera la problématique et les hypothèses, ensuite on va passer à la partie méthodologique, ou on va préciser notre démarche à suivre et nos outils de recherche, enfin la partie pratique qui contient l'ensemble des résultats obtenus, leur analyse et leur interprétation, et on terminera par une conclusion générale, la liste bibliographique, et les annexes.

Problématique :

L'union de deux cellules sexuelles aboutit à la formation d'un ovule fécondé, toutes les premières étapes de chaque future être humain.

La venue au monde de ce petit enfant au sein de la famille bouleverse son équilibre affectif, il devient soudainement le centre d'interrogations car il est sensé apporté bonheur, amour, et santé mais hélas ce n'est pas le cas.

Les généticiens ont confirmé que chaque complication se produit à l'heure de la fécondation est c'est à ce moment la que les cellules se composent, c'est à partir de ce point que le bébé nait avec un handicap à savoir syndrome de down ou trisomie 21.

Le syndrome de down ou trisomie 21 est donc ce qu'on appelait autrefois « mongolisme » ce terme est aujourd'hui rayé de notre vocabulaire étant donnée sa connotation péjorative. (Samuel Gonzales-Puell, l'approche thérapeutique des déficiences intellectuelles sévères et profondes, L'Harmattan p 82)

La trisomie 21 est une anomalie chromosomique congénitale provoquée par la présence d'un chromosome surnuméraire par la 21ème paires, ce dernier possède 47 chromosomes au lieu de 46 car on retrouve trois chromosomes 21 au lieu de deux dans chacune des cellules de leur organe.

Plusieurs chercheur se sont intéressés sur la pathologie du la trisomie 21 car en -1846 : on décrit pour la première fois le visage très caractéristique des individus trisomiques.

-Et en 26 janvier 1959 :c'est la date qui marque un véritable tournant dans les recherches sur la trisomie, en effet, le Professeur Jérôme Lejeune et son équipe rendaient compte de leur découverte à l'Académie des sciences à savoir l'existence d'un troisième chromosome sur la 21ème paire chromosomique. (C.Perbet, 15 juin 2000, p128).

En général la trisomie 21, est une anomalie qui englobe de nombreuses difficultés et particularités qui touchent la faculté perceptive qui est liée aux fonctions sensorielles, visuelles et auditifs ainsi que tactiles, l'acquisition motrices (tonus de la tête, marche..). Elle est associée à des modifications morphologique particulières tel que le visage rond, la taille est relativement réduite, une allure générale relâchée en raison de l'hypotonie, le nez est petit, la bouche est généralement grande...etc.

Bien sûr, Sigmund Freud est le père fondateur de la psychanalyse et le 1^{er} à étudier la sexualité infantile : en particulier les stades génitaux avec le complexe d'Œdipe ; ces travaux ont été poursuivis par Anna Freud, Mélanie Klein et D.W.Winnicott qui se sont particulièrement intéressés aux stades précoces – prégénitaux- (M Klein conflits intra psychiques, Winnicott conflits inter psychiques).

Les différents stades ne sont pas nettement séparés les uns des autres. Ils passent plus ou moins graduellement l'un dans l'autre et se chevauchent.

Freud a organisé sa théorie de la psychologie de l'enfant autour de conflits affectifs et sexuels. Cette base est réductrice mais la théorie de Freud reste malgré tout intéressante. Il distingue cinq stades de développement, définis en fonction du déplacement de la zone érogène chez l'enfant.

Ainsi que cette anomalie chromosomique amène à des difficultés du langage qui concernent les capacités de syntaxe.

Nombreuses questions sont posées par sa famille, comment va-t-on se comporter avec cet enfant ? Arrivera t'il à s'adapter avec les autres enfants ? est ce que cet enfant aura une scolarisation normal ?etc.

Les pouvoirs publics travaillent étroitement avec des organismes spécialisés dans le but ultime de prendre en charge cette catégorie d'handicap pour assurer tout ce qui leur revient de droit, alors :

De quelle façon un enfant trisomique ayant un retard mental léger se développe sur le plan affectif ?

Hypothèse :

Un enfant trisomique ayant un retard mental léger a un développement affectif normal.

1-Définition des concepts clés :

1-1 La trisomie 21 :

Selon le Dictionnaire de psychologie, Le patrimoine génétique de l'être humain est constitué par 22 paires de chromosomes numérotés de 1 à 22 auxquelles il faut ajouter deux chromosomes sexuels. Les trisomies constituent une aberration chromosomique, due à des accidents, au cours de la méiose ou pendant les premières divisions du zygote. Plus précisément, chez les trisomiques on peut détecter un chromosome surnuméraire à certaines places du caryotype. Jusqu'à présent, on a pu observer un troisième aux places 13, 18, 21.

La trisomie 21 ou mongolisme est la plus fréquente (1 pour 650 ou 700 naissances), le vieillissement maternel est le seul facteur étiologique connu à ce jour. (Dictionnaire de psychologie, 2013, p734).

1-2-Définition opérationnelle du concept trisomie 21 :

-la trisomie 21 : un enfant ayant une trisomie 21, on peut le distinguer à partir de ces diverses caractéristiques :

-Traits physiques : qui peuvent se traduire par une peau sèche, les pieds larges et petits ainsi que les doigts courts et la bouche est petite et en général leurs cheveux sont doux.

-Caractéristiques motrices : on constate que chez presque tous les enfants trisomiques qu'ils sont hyperactifs ce qui est souvent associé à une agressivité constante, ainsi qu'une hypotonie qui est généralisée presque dans tout le corps.

2-Le développement affectif :

Selon Marie Vande Ghinste, le développement affectif désigne la capacité de l'enfant à manifester plusieurs émotions (la tristesse, la joie, la colère, la peur) et à apprendre à les maîtriser.

De la vie prénatale à l'adolescence, le développement affectif de l'enfant ne cesse de le transformer tout en renforçant son identité. Cette leçon nous apporte des éléments indispensables pour la compréhension de la psychologie normale et pathologique (anormale) de l'enfant. Ce que nous observerons à certains moments du comportement, du langage, des relations et des conflits d'un enfant correspondent à une étape de son développement affectif. (Marie Vande Ghinste, le développement affectif de l'enfant de sa conception à sa naissance, 2010-2011).

2-1-Définition opérationnelle du concept de développement affectif :

Le développement affectif signifie que l'enfant manifeste plusieurs émotions, en passant par la colère, et qu'il apprend à les maîtriser. Cette étape l'aide à bâtir son estime de soi et l'amène à développer des qualités plus profondes, comme la sympathie, la compassion, la résilience, l'affirmation de soi et l'empathie, de même que la capacité d'affronter la vie.

3- Définition du retard mental :

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le retard mental est un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (critère A), qui s'accompagne de limitations significatives du fonctionnement adaptatif dans au moins deux des secteurs d'aptitudes suivants ; communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit de ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, santé et sécurité (critère B). Le début doit survenir avant l'âge de 18 ans (critère C). (Julien Daniel GUELFY, 1995, p46-47)

3-1-Définition opérationnelle du concept du retard mental léger:

Le retard mental léger est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « éducatif ». ce groupe représente la plus grande partie (environ 85%) de la population ayant un retard mental. En tant que groupe, les sujets atteints d'un retard mental de ce niveau

développent

habituellement des aptitudes à la socialisation et à la communication pendant La période préscolaire (de 0 à 5 ans). Ils ont une altération minimale des fonctions Sensori-motrices et ne peuvent souvent être distingués des enfants sans retard mental qu'à un âge plus avancé. Vers la fin de l'adolescence, ils peuvent faire des acquisitions scolaires jusqu'au niveau de la sixième environ. Les individus ayant un retard mental léger réussissent habituellement à vivre dans la société soit de façon indépendante, soit au sein de structure protégées. (Julien Daniel GUELFY, 1995, p47-48).

le système de classification de l'Association Américaine sur le Retard Mental, comprend les trois mêmes critères que ceux du DSM-IV c'est -à-dire le fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, limitation des capacités adaptatives, et début avant l'âge de 18 ans. Dans la classification de l'AAMR, le critère de fonctionnement intellectuel significativement à la moyenne fait référence à un score standard d'environ 70-75 ou au dessous.

Retard mental léger est défini par un score entre 50 et 69, moyen entre 35 et 49, grave entre 20 et 34 et profond par un score inférieur à 20

L'objectif

l'intérêt

Partie
Théorique

Chapitre I :

La trisomie 21

Préambule:

La trisomie 21, est la maladie chromosomique la plus fréquente à l'origine du Retard mental, dans ce chapitre on va essayer de développer quelques points Essentielle concernant cette maladie, sa définition, ses types, ses causes puis On va aller vers les caractéristiques et le diagnostic génétique et clinique, la Prévention et dépistage jusqu'à la prise en charge.

1-HISTORIQUE :

François Seguin fut le premier à avoir décrit le syndrome de down ou trisomie 21.

C'est la première anomalie génétique décrite chez l'homme.

En 1959 des médecins français publient pour la première fois un article dans lequel ils décrivent que la maladie est causé par la présence d'un chromosome supplémentaire, le chromosome 21.

En 2012 l'ONU fait du 21 mars, la journée mondiale de la trisomie, date symbolique, le 21 fait référence au chromosome 21 et mars(03) au nombre de ce même chromosome.

2-DEFINITION DE LA TRISOMIE 21:

La trisomie 21 ou syndrome de Down est une aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome ; l'un des chromosomes figure en trois exemplaire au lieu de deux.

Chez l'être humain, on connaît plusieurs formes de trisomie, notamment celle qui affecte les chromosomes 13,18 et 21.

La plus fréquente est la trisomie 21, découverte en 1959 par J.Lejeune et ses collaborateurs, c'est elle qui est responsable du mongolisme.

La trisomie 21 est une malformation congénitale accompagnée d'un retard mental provoqué par une aberration chromosomique. (Norbert, 1980, p273).

La trisomie est la première pathologie génétique décrite chez l'homme cette maladie est renommé par Lejeune trisomique 21, « tri » voulant dire « trois » et « somme » voulant dire « chromosome » c'est -à-dire trois chromosomes 21. (Kerraouch, 2010, p 33).

Dans le dictionnaire fondamental de la psychologie, la trisomie 21 est une aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologiques, neuromatrices, métabiologiques, immunologiques, et une déficience intellectuelle. (Bloch, 2002, p 1349).

3-LES TYPES DE LA TRISOMIE 21:

Les personnes trisomiques représentent 1,1 des éthologies organiques (1/5 Déficient profond), la trisomie 21 est la plus fréquente des maladies génétiques

(1/160) naissances. Il existe (03) formes majeurs et essentielles de la trisomie 21.

1-La trisomie mosaïque: c'est -à-dire que l'enfant a une double population cellulaire, l'une normale à 46 chromosomes et l'autre avec 47 chromosomes.il est difficile de faire un pronostic évolutif pour ces personnes car la proportion de cellules trisomiques peut varier d'un organe à l'autre. (1 pour cent des cas)

2-La trisomie translocation: qui veut dire que le chromosome 21 supplémentaire étant attaché à un autre chromosome 13 ou 14, parfois un autre 21.Dans ces cas un parent peut être porteur d'une translocation équilibrée (dans ce dernier cas la trisomie 21 peut être héréditaire).C'est pourquoi un caryotype est proposé aux parents dans ce cas.

3-La trisomie homogène libre: ou il existe 03 chromosomes 21 bien individualisées au sein de la même cellule. (80 pour cent des cas).(Cuillert,2007,p.19)

4-LES CARACTERISTIQUES DE LA TRISOMIE 21 :

Dés les premiers mois, la mère d'un enfant trisomique constate que son nourrisson n'est pas tout à fait normale, il est un peu apathique, il manifeste peu sa joie, la faim, sa colère,son sourire ressemble d'avantage à une grimace, il ne fait aucun effort pour attraper un objet par exemple, il est en retard pour savoir, pour marcher, pour parler, le retard de la parole amorce l'arriération mentale, en général on peut dire que l'ensemble des perceptions sensorielles est perturbés et nécessite une prise en charge très rapide afin de permettre au bébé un développement cognitif ,harmonieux que possible.

L'anomalie chromosomique est responsable non seulement de déficience intellectuelle mais aussi de divers problèmes et de modifications qui affectent le développement physique et la santé en général des enfants trisomiques.

Ces caractéristiques particulières permettent d'identifier facilement les enfants trisomiques dès les naissances, cette identification précoce, si elle est douloureuse pour les parents, représente un avantage sur le plan éducatif et permet la mise en place d'une intervention éducative précoce. Ces caractéristiques physiques font que les sujets trisomiques se ressemblent tous d'une certaine façon, mais chaque sujet a ses particularités propres et il est peu probable qu'un sujet présente toutes les caractéristiques mentionnées, nous les résumons ci-dessous :

-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 normal. Le nez est petit et aplati, les yeux sont légèrement bridés, la bouche est petite, le cou court et les mains sont petites avec des doigts courts, elles comportent un seul pli palmaire au lieu de deux. (Goffinet, 2008, p20)

-La croissance physique :

La taille à la naissance est souvent normale, le retard de croissance est surtout marqué après 4ans. Les sujets 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 4ans. Sans savoir exactement quel est le lien entre l'anomalie chromosomique et la déficience mentale, on constate que le périmètre crânien est inférieur à celui de la population standard. On sait par ailleurs que la microcéphalie est souvent liée à un retard mental. Le développement sexuel de l'adolescent débute plus tardivement et peut demeurer incomplet, les garçons sont en général stériles. (Goffinet, 2008, p20).

-Rappel :

-La cellule est l'unité microscopique et fondamentale qui constitue l'ensemble des tissus que compte le corps humain, cette cellule est formée d'une membrane cellulaire, un liquide cytoplasmique ou baigne le noyau qui renferme les chromosomes.

- Les chromosomes sont de minuscules structures qu'on retrouve dans chaque noyau cellulaire, ils renferment le code génétique qui détermine les traits et les caractéristiques individuels (ex : la taille, couleurs des yeux.....).
- Chez les individus de la même espèce le nombre de chromosome est fixe, chez l'être humain ce nombre est de 23 paires de chromosomes dont 22 paires d'autosomes x x et une paire de chromosome sexuel x y.
Donc au total le noyau des cellules d'un être humain normal renferme 46 chromosomes entre autre 23paires.
- Chez les trisomiques 21 le nombre est de 47 chromosomes il existe un chromosome supplémentaire qui touche la paire 21 d'où l'appellation de trisomie 21 voulant dire 3 chromosome 21.
- La trisomie 21 est une maladie génétique due à une anomalie dans le code génétique.
- Aux USA 1/800 ou 1/1000naissance est trisomique.
- Dans 95% des cas le chromosome 21 est présent en 3 exemplaires, dans certains cas très rares c'est une partie du chromosome 21 qui est excédentaire.
- C'est l'anomalie génétique les plus fréquents 1/750 surjets sur la population générale.

5-LES CAUSES DE LA TRISOMIE 21 :

- Les facteurs qui déterminent la trisomie sont variés et peuvent être en interaction.Ils peuvent survenir avant, au moment ou après la fertilisation de l'ovule. On considère habituellement qu'il existe des facteurs génétiques liés à l'âge de la mère et héréditaires.
Plus la mère est âgée, plus le risque de mauvaise distribution des chromosomes lors de la méiose est grand : 1/100après 40ans et 1/46 après 45ans. Entre 20et 25ans, le risque est de 1/1600.
Comme beaucoup plus de mères n'ont eu des enfants entre 20 et 25ans qu'entre 40 et 45ans, mais il n'est pas rare de rencontrer des enfants trisomiques de mères jeunes.

La formule chromosomique de la personne atteint de la trisomie 21,est donc 47,21+,le chromosome 21 supplémentaire vient toujours de la mère,l'origine de cette anomalie génétique se situe lors de la gamétogénèse et plus précisément lors de la répartition des chromosomes homologue au cour de la

Première métaphase de la meiose, l'un des gamètes formé, comportera deux Chromosomes de la 21ème paire, au lieu d'un seul, ce qui après la fécondation de ce gamète par un autre normal formera une cellule œufs dont la 21ème paire contient 3 chromosomes.

Donc la formule chromosomique de la personne atteinte de trisomie 21 est 45,46xy47. (Isabelle Ammann, p40,42)

6-LES SYMPTOMES :

Parmi les signes cliniques on trouve 03grands volets :

1/-La dysmorphie : « morphologie anormal »

-Diminution du tonus musculaire « hypotonie ».

-Articulation très souple, ces 02 signes doivent conduire le clinicien à rechercher d'autres signes évocateurs tels : crâne petit, nuque plate, large, courte, ce signe est très évocateurs chez un nouveau né.

-Visage arrondi, fentes palpébrales sont obliques en haut et en dehors.

-La racine du nez est plate.

-Des oreilles petites et rondes.

-Des yeux bridés.

-Petite bouche, lèvres épaisses, petites dents anormalement implantés.

-Abdomen large et volumineux.

-Petit bassin.

-Main large, doigts petits surtout le pouce et le cinquième, un seul pli palmaire généralement.

-Petits pieds larges plats, les oreilles sont courtes, les deux premières sont très espacées.

-Les organes génitaux sont normaux.

-Peau sèche.

2/-Les malformations viscérales :

2-1-Les malformations cardiaques :

*La communication inter-auriculaire. « CIA »

*La communication inter-ventriculaire. « CIV »

*La communication auriculo-ventriculaire.

2-2- Les malformations digestives :

- des sténoses duodénales est retrouvé chez les trisomiques.

-Les anomalies osseuses surtout sur le bassin avec un retard de la maturation osseuse.

- La perte de l'audition est fréquente vu les otites à répétition.
- Les troubles de la vue ; cataracte, myopie, hypermétropie.
- Risque accru d'hypothyroïdie.
- Des leucémies, convulsions peuvent être retrouvés.
- Les hommes trisomiques sont stériles mais la grossesse est possible chez la Femme.
- Les trisomiques sont touchés de manière précoce par la maladie d'Alzheimer.

3/- Le retard mental :

Les trisomiques souffrent d'une déficience intellectuelle le QI moyen « quotient intellectuel » est de 50 alors que la normale varie entre 80 et 120.

- Le retard porte surtout sur les facultés d'apprentissage de raisonnement.
- L'affectivité et la sociabilité sont épargnées.
- Ces signes s'installent dès la petite enfance mais deviennent plus évident après 4 ans et à l'adolescence, cette déficience porte sur les facultés cognitives avec :

- * Déficit de la mémoire verbale.

- * Trouble du langage.

- * Trouble du comportement adaptatif.

- * Ils présentent un retard mental léger à modéré dans la plupart des cas.

- * Les trisomiques 21 peuvent apprendre à parler, à lire, peuvent même avoir des talents. (Isabelle Ammann , p 32,33).

7-LE DIAGNOSTIC :

Le diagnostic est évident devant la dysmorphie mais le caryotype doit toujours confirmer le diagnostic.

- La trisomie 21 est identifiée dans 92% des cas.

- Le caryotype met en évidence 47 chromosomes avec 3 chromosomes 21 indépendants dans toutes les cellules.

- Dans 5% des cas on retrouve une partie du chromosome 21 qui est supplémentaire.

Il existe des différences fondamentales entre le diagnostic génétique et le diagnostic clinique.

- Diagnostic génétique :

Il est issu de l'étude du caryotype. Il appartient aux domaines des sciences fondamentales.

Il est, comme le disait le professeur Lejeune, bipolaire : il y a ou il n'y a pas

D'atteinte génétique.

S'il n'y a pas d'atteinte génétique, l'enfant ou la personne a peut-être des problèmes qu'il faut rechercher, mais il n'a pas de trisomie. S'il y a atteinte Génétique sur le chromosome 21, il y a trisomie.

Toutefois, lorsqu'il y a anomalie caryotypique sur le chromosome 21, celle-ci porte sur ce chromosome, voire sur une partie de ce chromosome, le reste du patrimoine génétique n'étant pas atteint.

Le caryotype ne prédétermine pas toute la personne. Ainsi chacun d'entre nous, non atteint de maladie génétique, est en principe porteur d'un caryotype normal, pourtant cela ne définit pas notre devenir : nous sommes tous différents, comme sont différents tous les enfants d'une classe de CP et comme le sera leur devenir. Chez l'enfant atteint de trisomie, il en va de même.

Le diagnostic fondamental donne des indications sur la nature du trouble. Grâce à ce diagnostic fondamental, on peut situer où se trouvent et se trouveront les difficultés particulières qui vont être rencontrées et qui s'exprimeront de façon diverses pour chaque personne concernée.

Ce sont ces variables qui s'établissent et évoluent et qui doivent être évaluées et diagnostiquées de façon précise pour permettre un suivi adapté. Seul le diagnostic clinique dira comment la personne s'est « adaptée » et comment elle exprime, « tolère » et se construit avec ce qu'elle est elle-même, avec son patrimoine génétique.

De plus, des travaux validés ont établi que la présence de ce type d'anomalie génétique déclenche des réponses multiples mais dont les constantes connues permettent d'adapter les prises en charge à chaque cas. Cette démarche a permis aussi de prendre en charge de façon adaptée, reconnue, d'autres enfants porteurs de syndromes génétiques plus rares, que l'on appelle les syndromes assimilés.

-Diagnostic clinique :

Il s'établit à partir de divers éléments :

-Age de l'enfant.

-Modalités d'expression de la trisomie.

-Vie familiale.

-Contexte géographique et social.

Ce diagnostic clinique évolue en fonction de l'âge et des besoins de la personne. Il tient compte de tous les éléments symptomatologiques, psychologiques, affectifs, familiaux et sociaux. Pour que tout soit bien précisé

et pour pouvoir adapter les divers protocoles de suivi à chaque cas. Ce diagnostic clinique est donc un outil d'une extrême importance dans l'aide à apporter à chacun. Il doit être posé par des professionnels avertis, spécialisés et reconnus par des diplômés universitaires qui attesteront de leurs Compétences. (M.Cuilleret,2007,p14-15).

8-LE PRONOSTIC :

Le développement neurologique est normale chez le trisomique la première année dans un 1/3 des cas et légèrement retardé chez les autres.

-Au de la de la première année le développement se ralentit et des troubles de l'apprentissage apparaissent.

-La durée de la vie dépend du pronostic de l'éventuelle cardiopathie.

-Certain individus peuvent travailler en milieu protégé, ils ne peuvent pas être entièrement autonomes.

-L'hypothyroïdie possible après 06mois elle se manifeste par une cassure de la courbe de croissance.

-Un 1/3 des cas présente après 35ans la maladie d'Alzheimer.

-Vieillesse précoce, en absence de cardiopathie ils meurent à l'âge de 50-60ans.

-La grossesse est possible chez la femme trisomique mais avec un risque de 50%d'avoir un enfant trisomique. (M.Cuilleret,2007,p20-21).

9-LES PROBLEMES MAJEURS DE LA SANTE CHEZ LES TRISOMIQUES 21 :

1-Les troubles neurocentraux :

Les troubles neurocentraux sont souvent méconnus. Pourtant, leurs impacts sont d'importance dans le quotidien des personnes concernées. Ils impliquent des troubles perceptifs et des troubles neuromoteurs spécifiques.

2-Les troubles des perceptifs :

Les troubles sensoriels chez l'enfant trisomique sont constants. Tous les organes des sens sont atteints non dans leur périphérie mais dans la perception que l'enfant peut avoir au niveau central, cérébral, des messages reçus.

Les cinq sens étant touchés, cela entraîne en particulier le dysfonctionnement

de la mise en place du système cognitif chez le bébé atteint de trisomie. Cet aspect, à lui seul, explique et exige la prise en charge précoce, dès les premiers jours ou mois qui suivent la naissance. (M. Cuilleret, 2007, p24)

3-Les troubles visuels :

Les troubles visuels sont parfaitement connus.

Il s'agit de troubles oculomoteurs qui engendrent des difficultés à mettre en place les points de repérage efficace du regard. Cela explique que, hors éducation précoce, l'enfant perçoive des images aberrantes, distordues qui le gênent tout à la fois dans la mise en place de l'exploration de son environnement, dans l'acquisition de l'exploration temporospatiale et dans ses interactions déictiques, bases de la communication.

De plus, pour des raisons d'hypotonie des muscles de l'œil, le balayage droite/gauche se fait plus lentement que chez l'enfant ordinaire. L'enfant atteint de trisomie 21 a du mal à fixer son regard. Il est souvent porteur de nystagmus mais rares sont les nystagmus neurologiquement vrais.

Il s'agit souvent de nystagmus temporaires, déclenchés par la non-stabilité des muscles de l'œil, donc parfaitement accessibles à une prise en charge éducative incluse dans l'ensemble de l'éducation précoce.

4-Les troubles auditifs :

Les troubles auditifs peuvent être des surdités de perceptions, ces surdités sont rares, mais plus d'un enfant sur deux sera porteur dans son enfance, la perception est mal traduite par les enfants trisomiques par ces difficultés de l'écoute, ces enfants ne perçoivent pas le sens de la même façon que nous, et ces difficultés d'écoute entraînent de nombreuses autres difficultés :

- La mise en place de système phonatoire.
- De transcription des messages perceptifs.
- De la mise en place des phénomènes conversationnels.
- Troubles de compréhension : l'enfant qui entend mal ne peut pas comprendre les messages. (M. Cuilleret, 2007, p24)

5-Les troubles de la sensibilité :

Les troubles de la sensibilité sont, eux aussi constants.

*Ils provoquent des difficultés d'appréhension des ressentis :

- Sensibilité superficielle, du toucher : froid, granuleux, lisse, doux, piquant... autant d'informations qu'ils reçoivent mal avec toutes les conséquences possibles.

-Sensibilité proprioceptive consciente et inconsciente leur rendant difficile la maîtrise des mouvements de leur corps.

-Trouble de la perception de la douleur. La douleur est perçue plus tardivement et de façon différente, elle est « atténuée ». Cette difficulté est un réel souci dans la mesure où l'enfant se plaint souvent beaucoup trop tard.

6-Les troubles gustatifs et olfactifs :

Il semble que les papilles gustatives, chez l'enfant atteint de trisomie 21, soient différemment réparties sur la langue par rapport à celles des autres enfants. Elles sont situées à la périphérie et à la partie centrale médiane de la langue, ce qui exige davantage encore de vigilance lorsque l'on envisage une intervention sur la langue puisque, très rapidement, on peut supprimer toute sensation de goût. Il est certain que l'appréciation des goûts leur est difficile, toutefois après les traitements oropraxiques, la majorité des jeunes traités disent qu'ils perçoivent le goût de ce qu'ils mangent.

En tout cas, il faut retenir que l'ensemble des perceptions sensorielles est perturbé et nécessite une prise en charge très rapide chez le bébé afin de lui permettre un développement cognitif aussi harmonieux que possible. (M. Cuilleret, 2007, p26).

*Les troubles de développement de la trisomie 21 :

La présence d'un chromosome surnuméraire est responsable de toute une série de troubles de développement de diverses formes :

1-Le développement psychologique :

-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 stabilisme et sur le retard dans l'apparition de la marche acquise en générale vers 2 à 3 ans mais qui peut l'être avant grâce à une éducation précoce.

Cette hypotonie a également des conséquences au niveau du développement de la parole, avec une fréquence particulièrement marquée de troubles articulatoires. En contrepartie, elle rejaille aussi sur le caractère des enfants trisomiques qui sont plutôt des bébés calmes, passifs, plutôt faciles vis-à-vis de leur entourage. Cette hypotonie décrite souvent comme généralisée est en fait sélective ; elle porte en particulier sur les muscles de la ceinture scapulaire, ce qui a pour conséquence, quand l'enfant grandit, de provoquer des déficits de

croissance de la cage thoracique avec des retentissements possibles sur le plan respiratoire. (Guidetti, Tourrette, 2004, p 121).

-Le développement 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 les enfants 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 inférieur de l'intelligence dite « normale ».

On considère que 86,5% des trisomiques ont un QI compris entre 30 et 65 ce qui correspond à la déficience mentale moyenne, tandis que 8% 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 retrouve entre parents et enfants tout venant. En d'autres termes, cela signifie

Que les parents à QI élevé auront tendance à avoir les enfants trisomiques à QI élevé. Le niveau intellectuel des enfants trisomiques avec exceptionnellement des QI normaux ou proches de la normale, mais ceci a été contesté. (Guidetti, Tourrette, 2004, p122).

-Le développement communicatif et linguistique :

Lambert et Rondal « 1979 » 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 inférieures à la normale, 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 concernent 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 du bégaiement est également importante, de 30 à 45% selon les études.

10-PREVENTION ET DEPISTAGE :

La trisomie est incurable dans l'état actuel des connaissances. Le seul moyen fiable de dépistage est actuellement l'amniocentèse ; il s'agit d'une analyse des cellules contenues dans le liquide amniotique et qui permet d'établir le caryotype « la carte des chromosomes » de l'enfant à naître. Jusqu'à il y a peu, cette technique, relativement coûteuse et non dénuée de risques, n'était remboursée qu'à partir de l'âge de 38 ans de la mère. Compte tenu du nombre croissant de grossesses tardives et du fait que trois quart des enfants trisomiques naissent de femmes âgées de moins de 38 ans, il a été décidé d'étendre à partir du 1/1/1997 la prise en charge du dépistage de la trisomie 21 à toutes les femmes présentant un risque sans limite d'âge. L'amniocentèse est pratiquée entre la quatorzième et la seizième semaine après les dernières règles, elle consiste en une ponction du liquide amniotique sous anesthésie locale et sous contrôle échographique, à partir de laquelle est réalisée une culture des cellules du fœtus permettant d'établir son caryotype. L'amniocentèse pose à la fois des problèmes techniques et éthiques. En effet, elle n'est pas dénuée de risque, suivant l'expérience des équipes qui pratiquent, les pourcentages de fausses couches succédant à l'amniocentèse ne sont pas négligeables. Par ailleurs, l'amniocentèse permet de décider d'une interruption thérapeutique de grossesses (à indication médicale) en cas de découverte d'un fœtus trisomique.

On a remarqué en effet, même si des divergences existent encore à ce sujet, qu'il existe des signes d'appel échographiques évocateurs de trisomie 21 comme le raccourcissement des fémurs, l'augmentation de l'épaisseur de la nuque ou encore un retard de croissance intra-utérin.

Par ailleurs, une hormone placentaire, l'hormone gonadotrophine chorionique a deux fois sur trois des valeurs très élevées dans le sang lorsque le fœtus est porteur d'une trisomie 21. (Guidetti, Tourrette, 2004, p119).

11 PRISE EN CHARGE DE LA TRISOMIE 21 :

La trisomie 21, n'a pas de traitement curatif à l'heure actuelle, seules les prises en charge de différents types ; médicales, paramédicales et psychologiques,

ont permis d'améliorer la qualité de vie des personnes atteints, elles permettent de dépister, et traiter les pathologies associées, d'améliorer le développement de l'enfant trisomique, et d'aider les parents à retrouver une relation normale avec lui, ces personnes trisomiques doivent pouvoir bénéficier d'une authentique.

Démarche de soins, adaptée à leur maladie. (Passot, 2005, p19).

La prise en charge de la trisomie doit être effectuée en premier lieu en salle d'accouchement.

Car l'annonce de ce diagnostic est suivie d'un bouleversement psychoaffectif considérable pour les parents.

-L'annonce doit être faite précocement en présence des deux parents avec des explications claires nettes et simples, insisté sur la prise en charge immédiate.

A-La prise en charge médicale :

-A la naissance : réaliser un tableau malformatif surtout cardiaque, digestif, urologique.

-Un bilan endocrinien : rechercher une hypothyroïdie.

-Bilan sanguin (risque de leucémie).

-Chez le nourrisson : suivi régulier notamment par :

-Un bilan annuel : *ophtalmo

*auditif

*stomatologie « caries dentaires »

-Bilan annuels musculo squelettique

-Une surveillance digestive attentive

-Bilan endocrinien

-Bilan neurologique

-Chez l'adolescent :

L'attention doit porter sur le développement pubertaire.

-La fertilité des filles est habituellement normale, la mise en place d'une pullule doit être discutée.

-Les garçons présentent généralement une stérilité.

-Chez l'adulte :

Cette période est marquée par un vieillissement prématuré nécessitant une surveillance cardiovasculaire, sensorielle, (survenue précoce de cataracte et de surdité).

B-La prise en charge paramédical : qui consiste :

- La kinésithérapie : doit être commencé de manière précoce en raison de l'hypotonie axiale et segmentaire de ces enfants.
- Orthophonie précoce et adaptée : qui sert à lutter contre l'hypotonie bucco linguale habituelle et guider l'apprentissage du langage.
- Séances de psychomotricité : aider l'enfant à construire son schéma corporel et acquérir une motricité fine et satisfaisante.
- L'intervention d'une assistance sociale est fondamentale afin d'aider les parents dans toutes leurs démarches.

C-La prise en charge psychologique :

Nécessite l'élaboration d'un programme psychopédagogique afin de renforcer l'insertion sociale du trisomique²¹. (Isabelle Ammann, p27.28).

-CONCLUSION :

Comme on à déjà vu dans ce chapitre la trisomie 21, constitue l'une des anomalies

Chromosomiques les plus célèbres, qui se caractérise généralement par des modifications Morphologiques particulières, la taille est relativement réduite par rapport à la moyenne, les yeux Sont bridées, une allure générale relâchée causée par une hypotonie musculaire marquée, cette anomalie est survenu avant, au moment ou après la fertilisation de l'ovule, aussi il existe de Fractures extérieures comme les raisons accidentelles, et intérieures liées aux erreurs sous distribution de cellules, à l'âge de la mère.....et le traitement est présent sous différents formes de prise en charge ;médicale, paramédicale, psychologique pour mieux s'occuper de ces enfants.

Cette trisomie se caractérise par un retard mental dans leur développement, ainsi que affectif et dans le chapitre qui va suivre on va s'intéresser au développement affectif de ces enfants.

Préambule :

Avant d'aborder les différents stades de développement de l'enfant, nous allons d'abord donner une définition du développement affectif de l'enfant trisomique 21, ainsi que ses caractéristiques, comme on va présenter un tableau explicatif sur les différents stades de ce dernier mais aussi les stades du développement affectif de 0 jusqu'à 10ans et enfin on parlera du développement affectif et social chez un enfant trisomique 21.

1-DEFINITION DU DEVELOPPEMENT AFFECTIF :

L'enfant pour grandir harmonieusement a besoin de relation affective stable et satisfaisante.

Son développement affectif se crée en contact étroit avec sa relation a sa mère (ou de toute

Autre personne s'occupant de lui. Le nouveau-né a, un besoin vital de sa mère pour satisfaire a Ses besoins primaires (nourriture, soin), mais il a aussi besoin d' affection.

Le développement affectif signifie que l'enfant manifeste plusieurs émotions, de la tristesse à la joie en passant par la colère, et qu'il apprend à les maîtriser.

Cette étape l'aide à bâtir son estime de soi et l'amène à développer des qualités plus profondes, comme la sympathie, la résilience, l'affirmation de soi et l'empathie, de même que la capacité d'affronter la vie. (Marie Vande Ghinste, 2010-2011,p121).

2-LES CARACTERISTIQUES DU DEVELOPPEMENT AFFECTIF SELON FREUD :

Pour Freud, le développement affectif est caractérisé par deux périodes :

A- période de latence: période calme, évolution discrète.

Vis-à-vis des deux parents: tendresse, affection, désir d'être grand et de s'affirmer positivement de manière conforme à son sexe.

Les réactions émotionnelles sont plus modérées avec l'intériorisation de l'image qu'on donne de soi. Il n'extériorise plus tous ses sentiments, les vrais mensonges apparaissent. La conscience morale s'intériorise de plus en plus aussi.

B-phase génitale: la pulsion sexuelle qui jusque là avait été égocentrique, s'attache

À un objet sexuel (un pair), la zone génitale prime sur les autres zones érogènes.
Liée

À la puberté et la maturation sexuelle de l'adolescence. (Alain Vanier, 2005, p80-81).

*Selon le grand dictionnaire de la psychologie, Dans le domaine du développement affectif et de la personnalité, les différences entre enfants ont été observées aussi sur de nombreux points par des méthodes qui paraissent souvent, il est vrai, moins fidèle que sont utilisées dans le domaine cognitif. Une « situation insolite » au cours de laquelle l'enfant est temporairement séparé de sa mère a mis en évidence, chez des sujets de 1 à 2 ans, trois

« Structures d'attachement » différentes : attachement dans la sécurité (Ang. Secure) anxieux résistant, anxieux évitant (M Ainsworth). De nombreux questionnaires destinés aux parents de jeunes enfants sont utilisés pour d'écrire le tempérament de ces enfants, analyser les traits qui paraissent le sous-tendre et évaluer leur stabilité au cours du développement l'analyse factorielle de questionnaires de ce type a pu mettre en évidence, chez des enfants âgés de 11 à 41 semaines, des facteurs concernant la régularité du comportement, attitude d'approche

-évitement et l'attention.

La stabilité individuelle dans le cours du développement des caractéristiques évaluées en ces termes paraît cependant assez faible. Des différences individuelles relatives au « jugement moral » ont également été mises en évidence par L. Kohlberg, s'inspirant de travaux antérieurs de Piaget. Ce développement se ferait selon une succession de stade que des individus différents peuvent franchir plus ou moins vite. Les différences entre enfant, qua

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

aux intérêts qu'ils manifestent dans leurs jeux leurs études, leurs projets professionnels ont fait l'objet de recherche du même types : construction de questionnaire , analyse en catégorie d'intérêt stabilité de leurs manifestation chez les même enfants à des âges successifs. On constate que ces intérêts se stabilisent assez tôt chez chaque individu et permettent d'assez bonnes pronostics sur le type d'étude que les enfants choisiront (la série du baccalauréat par exemple a quelque année de distance). Il existe de façon persistante, malgré l'évolution des habitudes de vie, certaines différences entre les intérêts des filles et ceux des garçons. Les «styles cognitifs» différencient les enfants à la fois dans le domaine cognitif et dans le domaine affectifs. Le plus connu concerne la dépendance-indépendance à l'égard du champ (H.A. Within) il se fonde sur la présence de corrélation entre certaines épreuves perspectives (perception de la verticale), certains modalités d'appréhension de l'information, les mécanismes de défense utilisés

Préférentiellement, L'attitude a l'égard des contacts sociaux.

Les facteurs dans le développement en partie génétique (ce qui ne signifie pas nécessairement l'héréditaire) et en partie environnementaux (ce que ne signifie pas nécessairement pour tous les individus vivants dans le même milieu).

L'étude de ces facteurs se fait surtout en utilisant la méthode des jumeaux et celle des adoptions.

(LE GRANDDICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE. 2011p 268).

3-LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL CHEZ UN ENFANT :

3-1-Le développement psychoaffectif selon la théorie psychanalytique freudienne :

-1-Rappel sur les instances psychiques : la 2ème topique de Freud 1920.

Elles nous gouvernent :

- Le çà :

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

C'est le pôle pulsionnel de notre personnalité, le réservoir de l'énergie psychique. Ses contenus sont inconscients.

Il obéit au principe de plaisir.

Il entre en conflit avec le Moi et le Surmoi.

- Le *Moi*

C'est le médiateur entre : les exigences pulsionnelles du ça, les contraintes de la réalité, les exigences du Surmoi. Il est chargé des intérêts de la totalité du sujet. Il assure la stabilité et l'identité de la personne. Il doit préserver son autonomie.

Il est chargé de la lutte contre l'angoisse liée aux conflits, par les mécanismes de défense.

- Le *Surmoi* :

Instance « morale », interdictrice, interne, inconsciente.

Il « est l'héritier du complexe d'Œdipe » Freud. Il se construit par identification aux images parentales intériorisées. Il prend à son compte les exigences attribuées aux parents.

Il se montre souvent plus sévère que les parents eux-mêmes.

- L'*Idéal du moi* :

Autre instance morale :

Modèle idéal à partir des valeurs morales et éthiques auxquelles le sujet cherche à se conformer.

Héritier du « narcissisme (idéalisation du moi) et des identifications aux parents et aux idéaux collectifs » (6): Fais ceci ; sois comme ton père ; pense comme lui ; sens comme lui. (Alain Vanier,20005,p 37-38).

3-2-Les stades prégénitaux du développement libidinal :

On distingue les stades prégénitaux et les stades génitaux.

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

1°) LE STADE ORAL :

De la naissance jusqu'à 15 mois.

A) LES INTERETS DU NOURRISSON :

Ils sont plus limités que ceux de l'enfant plus grand.

- a) Gratifications orales alimentaires : le plaisir d'être nourri, par la tétée.
- b) Gratifications orales non alimentaires : le plaisir tiré de la succion : de la tétine, du pouce.
- c) Autres gratifications : tactiles (contact peau à peau)[application : « bébé kangourous »], kinesthésiques (besoin d'être tenu, bercé), auditives, olfactives (reconnaissance de l'odeur de la mère dès les 1ers jours) mais aussi chaleur. Un maternage de bonne qualité suppose la prise en compte de tous ces besoins.

BOWLBY (1958) a insisté sur l'importance des liens non alimentaires entre le bébé et la mère, un *besoin primaire d'attachement*, de contact interpersonnel et social : s'exprimant dans des conduites visant à retrouver ou à maintenir la proximité avec la mère (ou son substitut).

B) LA RELATION D'OBJET :

- a) pendant les premières semaines :

- b) Il n'y a pas de distinction claire entre le sujet et le monde extérieur.
 - Il y a alternance entre états de tension et de bien être ; déplaisir / plaisir ; besoins de l'enfant et réponses maternelles
 - Le bébé est actif dans la relation.
 - La protection contre les stimuli externes est double :
 - du côté du bébé : il a une barrière : il module sa vigilance, son attention
 - du côté de la mère : rôle capital de pare excitation.

Freud : états de bien être = narcissisme primaire.

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Klein : états de bien être= bon objet / tension : mauvais objet que l'enfant tente d'écarter

Données récentes : basées sur l'observation directe :

Compétences du nourrisson : capacité à participer activement à l'interaction avec son

Entourage, sa mère en particulier : Orientation sociale primaire BOWLBY (2), « Amour primaire » BALINT.

b) l'accès à une relation objectale :

L'enfant identifie le monde extérieur en différenciant le personnage humain, des choses, dont l'enfant dispose longtemps, comme des parties de lui-même.

2/ modèles de développement :

1- Les processus d'intégration : l'intégration progressive d'expériences de reconnaissance partielle amène à la reconnaissance d'autrui.

Au sein de la dyade mère nourrisson : plaisir de la mère, renforcement des interactions ; répétitions d'expériences qui permettent à l'enfant de relier la représentation de quelque chose d'extérieur à ce qu'il éprouve en lui-même.

+ Angoisse du 8^{ème} mois :

L'enfant ne répond plus par le sourire à n'importe quel adulte : distinction familier/ étranger

Devant l'étranger, en l'absence de la mère : l'enfant baisse les yeux, se détourne, voire ;

Pleure.

Conceptions actuelles :

La reconnaissance de la mère comme objet total se fait progressivement à une période antérieure au 8^{ème} mois

Et, l'angoisse de perte de la mère est plus précoce que l'apparition de réactions manifestes de peur face à un non familier.

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Conceptions modernes des affects primaires (ENGEL) :

Il existe 2 grands types d'affects qui sont des comportements de base chez l'homme et dans d'autres espèces, réponse psycho biologique de l'organisme à des situations traumatiques :

- l'affect angoisse : réponse à un danger menaçant.
- l'affect dépressif : réponse à un danger qui s'est réalisé

+ Le non : 3^{ème} organisateur, entre 12 et 18 mois :

Le non est dit ou exprimé par geste avec un plaisir manifeste.

L'enfant imite le geste de la mère qui interdit un certain nombre de choses ; ce qui lui permet de « s'identifier à l'agresseur », et d'acquérir un certain pouvoir sur le monde extérieur.

2- Les processus de différenciation :

Perception syncrétique (appréhension globale et indifférenciée) du monde extérieur dont se dégage progressivement autrui et soi

- MALHER (7): - 1^{ère} phase qualifiée d' « autistique », ou de fusion, de symbiose ; de la naissance à 6 mois.

- Puis processus de *séparation- individuation* :

1- différenciation, exploration : de 6 mois à 1 an, à proximité de la mère

2- phase d'exercices et d'entraînement : progrès instrumentaux considérables, l'enfant se lance à l'aventure, mais revient souvent vers la mère (fin de 1^{ère} année, début 2^{ème} année).

3- phase de rapprochement (cf. début du stade anal).(Alain, Vanier, 2005, p 80,81).

1^{er} stade de « dépendance absolue » : où la mère n'est pas perçue : il est fondu avec elle ; elle

est un support « holding » qui soutient physiquement et psychiquement l'enfant, et

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Représente tout ce qu'apporte l'environnement.

« *La mère suffisamment bonne* » : qui s'identifie étroitement à son bébé, et s'adapte à ses besoins ; ce qui permet à l'enfant de développer son potentiel inné : physique et psychique.

L'enfant peut éprouver un sentiment de continuité d'existence et faire apparaître son vrai soi « vrai self »

Du côté de la mère cette période est appelée « *préoccupation maternelle primaire* »

2^{ème} phase de « dépendance relative » : l'enfant perçoit sa mère comme séparée de lui ; il a acquis une représentation de la mère qui lui permet de patienter ; il conçoit les objets comme

Extérieurs au soi (self).

« La mère suffisamment bonne » se dégage peu à peu de l'identification intense : elle reprend sa vie personnelle et/ou professionnelle, et introduit des « défauts d'adaptation ».

Ajustés au développement de l'enfant : qui permettent à l'enfant de grandir : y arriver par soi même est la racine de la confiance en soi.

On doit à Winnicott la notion d'*objet transitionnel* : apparaît au cours du il s'agit d'un objet (un tissu, un bout de couverture, une peluche, ...) que l'enfant utilise à l'occasion des séparations avec la mère, et au moment de l'endormissement. Il représente la mère, il est à mi distance entre une partie de soi et un objet extérieur ; espace transitionnel situé entre la réalité intérieure et la réalité extérieure. Il est utilisé pour le passage de la fusion à la différenciation, pour lutter contre l'angoisse dépressive, de séparation. Le choix d'un objet transitionnel, au cours du second semestre de la vie, est un processus normal dans le cheminement vers l'individuation.

Dans les situations où la mère s'absente pour un temps qui dépasse la capacité de l'enfant à la maintenir vivante dans son souvenir :

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

- usage excessif de l'objet transitionnel : tentative de déni de la séparation et du sentiment de perte de la mère

- puis désinvestissement de l'objet.

2°) LE STADE ANAL :

Deuxième et troisième année.

A) LES INTERETS DE L'ENFANT :

Il s'agit de la période où se développe le contrôle sphinctérien anal volontaire.

L'évacuation devient une fonction active : l'enfant a le choix :

- de pousser et d'expulser ou de retenir.

Mais il ne supprime pas les satisfactions orales.

La zone érogène prédominante (source de la pulsion) est la muqueuse de la zone intestinale d'excrétion (ano-recto-sigmoïdienne)

Elle est excitée par le contenu intestinal : le boudin fécal, considéré comme une partie du propre corps de l'enfant qu'il peut soit conservé à l'intérieur, soit expulsé au dehors, en s'en séparant.

Ce qui permet à l'enfant de distinguer : objet interne et objet externe

Angoisse anale = être vidé

L'enfant ressent des sensations agréables pendant l'expulsion / et pendant la rétention des matières fécales.

B) LA RELATION D'OBJET

Ambivalente et conflictuelle :

1-conflit de demande entre :

- la mère qui exige que l'exonération se fasse quand elle veut et comme elle veut

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

- l'enfant qui veut maîtriser le plaisir de retenir ou d'expulser (plaisir d'exercice), exercer son propre pouvoir, s'opposer à la mère

2-double plaisir :

- se soumettre pour être aimé de la mère
- s'opposer pour exercer le pouvoir, dominer la mère.

Relation agressive : conduites d'opposition, comportements destructeurs, aspect sado masochique des échanges avec la mère (domination/soumission).

Cette période correspond à la période d'opposition : du non (3^{ème} organisateur de SPITZ).

Dans le processus de séparation-individuation (MALHER), cette période (de 15 mois à 2 ans) est la période de rapprochement où la mère doit répondre à 2 demandes contradictoires : désir d'autonomie, d'exploration du monde, d'affirmation de soi / et besoin de rapprochement. Quand ce retour à la mère est empêché : angoisse de séparation intense.

D'où l'importance de l'objet transitionnel.

Signe clinique important de ce processus d'individuation : l'enfant de 3 ans maîtrise l'usage du « je ».

En conclusion, c'est une période souvent assez difficile pour l'enfant et son entourage.

Chez l'enfant : angoisse visible dans l'effondrement après la colère, les rituels du coucher, le refuge dans des activités auto érotiques (suction du pouce,...), les manifestations de

Protestation, de tristesse, ou d'angoisse lors de la séparation.

Du côté des parents : intolérance aux manifestations d'opposition, inquiétudes devant les manifestations d'angoisse de leur enfant.) « 1^{ère} adolescence ». (Alain Vanier,2005,p83,p85).

3°) LA PHASE PHALLIQUE :

(Stade prégénital ; relation d'objet reste duelle)

Valable pour les 2 sexes : pénis / clitoris

3^{ème} 4^{ème} année

A) LES INTERETS DE L'ENFANT :

- Primauté de la zone génitale : la zone génitale qui était le siège d'impressions et d'excitations agréables depuis la toute petite enfance, mais reléguée au second plan par l'intensité des expériences vécues au niveau oral, puis anal, devient la zone érogène dominante.

1) Plaisir à uriner : il a un double caractère :

- signification phallique, voire sadique ; la miction est l'équivalent d'une pénétration active,

Liée à des fantasmes d'endommager ou de détruire.

- « laisser couler » plaisir passif d'abandon des contrôles; être caressé.

Chez les filles, ce laisser couler est quelquefois déplacé de l'urine aux larmes.

L'énurésie, l'éjaculation précoce peut être des symptômes d'une fixation/régression à ce stade.

Le contrôle du sphincter vésical est source de fierté narcissique, due au fait que les parents font honte à l'enfant lors des échecs dans ce contrôle.

La masturbation infantile : ce plaisir est d'abord étayé sur la miction, puis s'en dissocie.

Cette masturbation peut être méconnue des parents. Elle est quelquefois laissée sans limites :

L'enfant se masturbant en présence d'autres personnes de la famille.

2) la curiosité sexuelle infantile :

C'est la période de « la découverte de la différence des sexes » : ressenti en termes de présence ou absence de pénis : « en avoir ou pas ».

Il ne s'agit pas de la découverte de la réalité de la différenciation sexuelle : seul le pénis a valeur d'existence : tant pour le garçon qui l'a que pour la fille qui ne l'a pas.

Pénis = organe anatomique

Phallus = fantasme selon lequel la possession d'un pénis procure et signifie complétude et puissance.

Le plaisir visuel : regarder son organe sexuel ou celui des autres, être vu, se montrer tout nu ; voyeurisme, exhibitionnisme, et attouchements sont banals à ce stade.

L'apparition de la question du comment on fait les enfants est une des conséquences de cette découverte.

La scène primitive : il s'agit de la scène au cours de laquelle l'enfant a été – ou fantasmé être- le témoin du rapport sexuel des parents. Elle fait partie des fantasmes primitifs.

B) RELATION D'OBJET :

La relation d'objet n'est pas génitalisée ; certes il y a le primat de la zone génitale, mais la

sexualité reste auto centrée. Il s'agit de se procurer du plaisir exclusivement à soi même.

La relation d'objet reste duelle (la triangulation intervient au stade suivant). (Alain Vanier, 2005, 80, 81).

3-3-Les étapes de l'enfance :

3-1-Le complexe d'Oedipe :

De la 4^{ème} année à 6 ans. Il s'agit du premier stade génital.

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

C'est un conflit entre les 3 personnages familiaux : l'enfant, le père, la mère, on parle de triangulation de la relation d'objet.

« L'ensemble organisé des désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents ».

A) LA SITUATION OEDIPIENNE :

Tout se passe comme si à cet âge, l'enfant éprouvait des désirs sexuels concernant le parent

De l'autre sexe et ressentait le parent de même sexe comme un rival qu'il faudrait éliminer.

a) chez le garçon :

- relation au père : ambivalente : hostilité pour le père rival (supériorité réelle) mais aussi attachement pour le père modèle à imiter (dans le projet de séduire la mère ; plaire au père, se laisser façonner par lui)

- angoisse de perdre son pénis, (constatation que d'autres enfants n'ont pas de pénis : preuve qu'on peut le perdre), d'être châtré par son père comme vengeance de son intérêt pour la mère, et pour le punir de ses conduites masturbatoires : angoisse de castration.

- La menace de la castration et l'attitude maternelle non érotisée (compétition oedipienne n'est pas réelle mais seulement fantasmatique : puisque la mère a déjà choisi le père) aident le garçon

- Renonciation à la séduction érotique de la mère (objet incestueux) et à la compétition avec le père

- Identification au père.

c) chez la fille :

- c'est la déception d'absence de pénis qui introduit la situation oedipienne, détournant la fille de sa mère.

- réaction de chercher auprès du père ce que la mère a refusé : « envie du pénis » remplacée

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

par le désir d'avoir un enfant du père : compensation possible

- ambivalence de la relation à la mère :
- Hostilité contre la mère responsable de l'absence de pénis, (et aussi des contraintes de l'éducation sphinctérienne, de la naissance de frère et sœurs,...), hostilité chargée de culpabilité.
- Attachement au 1^{er} objet d'amour (vestiges de l'attachement préœdipien)
- réalité : perte de l'illusion (d'avoir un enfant du père) : identification à la mère.

Le Complexe d'Œdipe a un caractère fondateur :

- de toute société humaine : par l'interdiction de l'inceste et l'instauration de la morale
- dans la structuration de la personnalité.

Le complexe d'Œdipe permet l'accession à la génitalité (avec dépassement de l'auto érotisme primitif, et orientation vers des objets extérieurs), et la constitution du Surmoi et de l'Idéal du Moi

- Représentation de l'image de soi sexuée. (Dessin)
- Progrès du Moi : développement des mécanismes de défense contre l'angoisse :

Identification : à certains aspects idéalisés du parent de même sexe.

- Différenciation du Surmoi :

« Le Surmoi est l'héritier du complexe d'Oedipe » FREUD

Il intervient comme une conscience morale interne, source de culpabilité en cas de transgression des interdits.

- Idéal du Moi :

« Résultat de la convergence du narcissisme (idéalisation du Moi) et des identifications aux

parents idéalisés ».

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Constitue un modèle intérieur auquel le sujet cherche à se conformer.

Sentiment d'infériorité : trop gd écart entre le comportement d'un individu et son Idéal du

Moi.

-Adéquation des deux satisfait le narcissisme, l'estime de soi.

3- 2-La période de latence :

Mise en sourdine de la sexualité (variable selon les cultures.) Toutefois tous les modes de plaisir antérieurs sont utilisés (à bas bruit).

L'enfant se trouve peu à peu disponible pour les apprentissages scolaires : entrée au CP, et cursus primaire.

Les enfants qui restent exagérément attachés sur un mode œdipien à un parent ont des difficultés à rentrer dans les apprentissages.

3-3-La puberté et l'adolescence :

C'est une période de crise, de rupture d'équilibre déclenchée par l'arrivée de la puberté. F. DOLTO a parlé de « mort à l'enfance ».

« L'enfant est au bord d'une zone de turbulence que chacun doit traverser pour atteindre l'autre rive : l'entrée dans la vie adulte génitalisée. »

Les profondes transformations sont dues à différents facteurs :

- Facteurs biologiques :

La puberté est une véritable « catastrophe hormonale » : elle entraîne un déséquilibre temporaire massif physique et psychologique.

Le changement spectaculaire de morphologie fait que l'adolescent ne se reconnaît pas dans son corps, et se sent étranger : il ne se reconnaît plus dans la glace.

- Facteurs psychologiques :

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Sur le plan intellectuel l'adolescent accède à la pensée formelle (PIAGET) avec la capacité d'abstraction et de généralisation.

Sur le plan affectif, il y a bouleversement et réaménagement des relations à soi-même et à son propre corps, et aussi des relations aux parents, aux pairs, aux autres.

A) REMANIEMENT DES INTERETS :

Les nouveaux désirs dans le domaine sexuel sont exprimés dans les rêveries, les rêves, les

Conduites, où satisfaction et répression sont mêlées.

Les comportements évoluent : masturbation, flirts, relations amoureuses...

La répression des désirs sexuels utilise des moyens divers : cf. mécanisme de défense.

L'accès à la vie sexuelle sur un mode adulte assumé sans conflit est long et difficile.

B) RELATIONS :

L'entrée dans l'adolescence est immédiatement précédée par un retour vers le premier

Objet d'amour: la mère.

Puis apparaît la reviviscence du conflit œdipien. Il est générateur d'angoisse et pousse l'adolescent à renier son attachement familial. Il adopte des conduites d'opposition, avec des comportements plus ou moins provocants, il prend le contre-pied des opinions familiales. Comme s'il voulait contraindre les parents à prendre l'initiative de la rupture des liens.

C) PERSONNALITE :

Sur ce plan là aussi, l'adolescent doit opérer une véritable mue, un véritable changement de peau. C'est une période de vulnérabilité, de fragilité narcissique. L'identité est ébranlée : « qui suis-je ? »

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Les préoccupations narcissiques sont vives : sur occupation de la salle de bains, surinvestissement de l'image donnée à voir (tenue vestimentaire, coiffure), inquiétude et insatisfaction concernant le corps propre (importance des préoccupations pondérales des filles « toujours trop grosses »).

Pour protéger le Moi contre les exigences pulsionnelles nouvelles qui sont sources d'angoisse, pour faire face aux conflits qui l'agitent, l'adolescent remobilise tous les mécanismes de défense :

Il refoule, annule, rationalise, régresse, projette, se réfugie dans la rêverie.

-Deux mécanismes de défense sont caractéristiques de l'adolescence :

-L'intellectualisation :

C'est un refuge dans le monde des idées, l'utilisation de pensées exagérément abstraites par peur de pulsion trop puissantes.

L'affect est transposé en idée et perd sa charge angoissante.

S'en suivent de multiples rationalisations, d'interminables discussions sur l'amour, la mort, considérée de façon abstraite.

« Les adolescents transforment volontiers leurs problèmes personnels en problèmes mondiaux » Anna FREUD.

-L'ascétisme :

Pousse l'adolescent à renoncer à tout ce qui pourrait lui apporter du plaisir.

Ces mécanismes sont souvent transitoires (sauf chez les jeunes qui s'engagent dans des filières d'études particulièrement sélectives, et qui vont développer tout particulièrement la sublimation).

La sublimation existe chez l'enfant, renforcée considérablement à l'adolescence ; il s'agit de transformer sa curiosité sexuelle en curiosité intellectuelle, dériver l'énergie de la pulsion sexuelle vers la curiosité intellectuelle, la création, une activité valorisée.

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Le plaisir est tiré de l'activité de l'esprit, des performances intellectuelles, scientifiques, et artistiques. (S.FREUD- Psychanalyse et théorie de la libido, in Résultats, idées, problèmes. 1985, P.U.F.).

5-Les Processus de maturation selon D.Winnicott :

-1-5 Le self et le « faux self » :

Le terme self est la traduction anglaise du soi. Il est utilisé en psychologie selon plusieurs acceptions, pas toutes compatibles. En psychanalyse, il se réfère à la notion de Donald Woods Winnicott qui a notamment distingué le "vrai self" du "faux":

1-Le vrai self : désigne l'image que le sujet se fait de lui-même et qui correspond effectivement à ce qu'il est et perçoit à travers une réaction adaptée.

2-Le faux self: désigne une instance qui s'est constituée pour s'adapter à une situation plus ou

moins anormale et contraignante. L'image qui est alors en cause est défensive et fonction de

réactions inadaptées de l'environnement et est surtout représentative d'un rôle qu'on lui aurait imposé.

***-2 5Le vrai self :**

Si la mère répond à ce qui se manifeste comme l'expression de l'omnipotence du nourrisson, à chaque occasion, elle lui donne une signification et participe à l'établissement du vrai self. On peut dire aussi, qu'ainsi elle permet à son bébé de faire l'expérience de l'illusion de

L'omnipotence. Cette expérience de l'illusion, qui n'est possible qu'à la condition d'une

adaptation active de la mère, est le préalable à l'expérience des phénomènes transitionnels, au sein desquels s'établit la créativité.

Le vrai self est défini comme : « ...position théorique d'où proviennent le geste spontané et l'idée personnelle. Le geste spontané est le vrai «self» en action.

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Seul le vrai «self» peut être créateur et seul le vrai «self» peut être ressenti comme réel². ».

C'est celui-ci dont D.W. Winnicott se préoccupe en séance, qu'il vise. Seul le vrai self est à même de faire l'expérience de l'espace potentiel. C'est dans celui-ci qu'il est possible de jouer (playing), ce qui pour D.W. Winnicott correspond à la santé et qui se développe jusqu'à englober toute l'aire culturelle, toute activité créatrice.

*4-2Le faux self :

➤ Développement du faux :

Si, au contraire, la mère est incapable de répondre à cette manifestation, elle substitue au geste spontané du bébé le sien, auquel ce dernier est alors contraint de se soumettre. Cette situation maintes fois répétée participe à ce qu'un faux self se développe d'une manière prépondérante.

« Il y a séduction du nourrisson qui en vient à se soumettre et un faux « self » soumis réagit aux exigences de l'environnement que le nourrisson semble accepter³. »

L'enfant, au lieu de pouvoir faire l'expérience de l'action libre et spontanée qui trouve un écho

dans la réalité extérieure est contraint à la réaction. L'environnement le détermine.

En grandissant, il s'adapte et peut ressembler à la personne qui occupe alors le premier plan.

On comprend que l'expérience des phénomènes transitionnels, puis de toute expérience créative, soient compromises. En effet, ceux-ci "s'origines" d'un complexe d'activités [geste spontané - fragment de la réalité extérieure]. En s'adaptant, le nourrisson ne peut alors pas faire l'expérience des phénomènes transitionnels, puisqu'il s'est constitué en s'adaptant à son environnement. Ne faisant pas, ou trop peu l'expérience illusoire de l'omnipotence, le

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Bébé ne pourra pas connaître l'aire intermédiaire, lieu de la plus grande créativité.

***4-3-Les cinq degrés d'organisation du faux self :**

D.W. Winnicott distingue cinq degrés d'organisation du faux self :

1-À l'extrême, c'est le faux self que l'on prend pour la personne, le vrai self inapparent restant dissimulé. Cependant, il manque au faux self « ...quelque chose d'essentiel. » (*Ibid.*, p. 121.). Socialement la personne est ressentie comme *fausse*.

2-Le faux self protège le vrai self qui reste virtuel. C'est « ...l'exemple le plus clair d'une maladie clinique organisée dans un but positif : la préservation de l'individu en dépit des conditions anormales de l'environnement. » (*Ibid.*).

3-Plus proche de la santé, le faux self prend en charge la recherche des conditions qui permettront au vrai self de « recouvrer son bien » (*Ibid.*). Son bien: c.à.d. son identité propre.

4-Encore plus proche de la santé, le faux self « ...s'établit sur la base d'identifications... »(*Ibid.*).

5-Chez une personne en bonne santé, le faux self est constitué de ce qui organise « ...une attitude sociale polie, de bonnes manières et une certaine réserve. » (*Ibid.*). C'est cette politesse qui permet la vie en Société.(↑ D. Winnicott, « Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux » self « », dans *Processus de maturation chez l'enfant*, op. cit., p. 121.)

5-Les phénomènes transitionnels :

Les phénomènes dits «transitionnels» sont au fondement des activités de penser et de fantasmer. Ils correspondent à des complexes d'activités et aux expériences du bébé lorsque, dans son développement, il commence à intégrer des objets «autre-que-soi» à ses activités «main-bouche».

*Le phénomène transitionnel désigne :

« L'aire d'expérience qui est intermédiaire entre le pouce et l'ours, entre l'érotisme oral et la relation objectale vraie, entre l'activité créatrice primaire et

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

la projection de ce qui a déjà été introjecté, entre l'ignorance primaire de la dette et la reconnaissance de celle-ci²⁷. »

De l'ensemble des phénomènes transitionnels, l'enfant extrait parfois un fragment particulier avec lequel il aura un rapport électif, c'est l'objet transitionnel. L'objet en lui-

Même importe moins que son usage. Il peut s'agir d'un bout de tissu, comme d'une petite

Mélodie, voire de la mère elle-même.

On peut Un objet transitionnel est un objet utilisé par un enfant à partir de l'âge de 4 mois pour représenter une présence rassurante (comme celle de la mère).

Donald Winnicott fut le premier à parler de l'objet transitionnel ainsi que des phénomènes transitionnels au début des années 1950, soulignant soigneusement que leur existence était fonction des enfants. En effet, si tous les enfants occidentaux n'y ont pas recours, le phénomène est plus rare encore — voire le plus souvent inexistant — dans les sociétés extra-occidentales. Pour Winnicott, l'intérêt de la théorie d'un objet transitionnel ne réside pas dans la présentation théorique du doudou, mais bien évidemment dans le phénomène de transitionnalité sous-jacent.

Au fond, qu'importe l'objet, ce qui intéresse le regard du psychanalyste demeure dans l'évolution ultérieure. Le premier point d'importance concerne le transfert. L'enfant ne fait pas le deuil de l'objet transitionnel — au sens de désinvestir progressivement — mais étend son intérêt pour le transitionnel à *tous les domaines de la culture*. Au lieu d'un deuil, difficile processus de désinvestissement, on trouve l'extension d'un investissement qui visait un objet et qui vise ensuite l'art, la connaissance, etc. Ce point amène Winnicott à jouer du transfert d'une manière très particulière, comme avec *la petite Piggie*.

D'autre part, l'extension de la transitionnalité aux phénomènes culturels présente la culture sous l'aspect d'une sauvegarde contre l'angoisse de perdre l'objet. Cette idée de la culture complète donc la théorisation d'une sublimation, d'une curiosité auparavant sexuelle, notions qui apportaient en effet assez peu de connaissances sur le comportement.

CHAPITRE II **Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21**

On a abordé les phénomènes transitionnels sous l'angle de l'illusion laquelle est, selon Winnicott, le propre de la condition humaine. Cette illusion, qui est à l'origine de la créativité

psychique primaire, trouve sa source dans la relation de la mère avec son bébé avant ou après la naissance. En 1951, Winnicott insiste sur la capacité qu'a le bébé de créer le sein et ce pour

autant que la mère le lui présente au bon moment, c'est-à-dire qu'elle est capable de s'identifier à son enfant. Cette adéquation n'aura lieu que si la mère se trouve dans un état de préoccupation maternelle primaire, signe de son dévouement et de son empathie à l'égard des besoins de l'enfant. À ce niveau, le sein créé par le bébé témoigne de sa capacité d'aimer mais aussi de son besoin du sein, tout cela constituant un phénomène .

Subjectif : « La mère place le sein réel juste là où l'enfant est prêt à le créer, et au bon

Moment (17).

Ce qui est essentiel dans cette expérience, c'est que la mère (suffisamment bonne) procure à l'enfant l'illusion qu'une réalité extérieure existe qui est conforme à sa propre capacité de créer. Si l'on se place sur le plan du fonctionnement primaire du psychisme, l'enfant ne peut pas distinguer ce qui est de l'ordre de l'hallucination et ce qui est de l'ordre de l'appréhension du réel. Ce qui en résulte, c'est l'illusion que l'enfant a de créer l'objet là où la mère le présente, origine de la première expérience d'omnipotence. C'est à partir de cette expérience d'omnipotence que l'enfant va ensuite être capable de faire l'expérience de la frustration.¹⁷

C'est pour autant que l'enfant aura eu l'illusion « d'être Dieu » que le processus de désillusionnement va pouvoir se mettre en place, à la faveur de ce que Winnicott considère comme la « première utilisation d'un symbole par l'enfant, et de sa première expérience de jeu », à savoir l'objet transitionnel. C'est donc sur le chemin qui va de l'illusion au désillusionnement que l'enfant façonne l'objet transitionnel. D.W. Winnicott, « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », dans *Jeu et réalité*, op. cit., p. 21.

CHAPITRE II **Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21**

« En utilisant le symbolisme, le petit enfant établit déjà une distinction nette entre le fantasme et le fait réel, entre les objets internes et les objets externes, entre la créativité primaire et la perception. Mais le terme d'objet transitionnel rend possible, selon mon hypothèse, le processus qui conduit l'enfant à accepter la différence et la similarité [19] D.W. Winnicott, « Objets transitionnels et phénomènes... [19]. »

5-1-Le jeu et créativité :

Lorsqu'en psychanalyse on parle de créativité, un nom vient tout de suite à l'esprit, c'est celui de Winnicott. Selon lui, un individu sain est celui qui n'aura pas été empêché de développer et d'entretenir son potentiel à vivre créativement, potentiel dont nous sommes tous dotés et qui

se déploie pour chacun au quotidien, si tout va bien. Nous voyons donc, d'emblée, qu'il

convient de distinguer une créativité fonctionnelle, de tous les jours, d'une créativité « forcée », active, généralement associée à des pratiques plus ou moins artistiques : créatives,

comme l'on dit. Winnicott définit ainsi la créativité : « conserver tout au long de la vie une chose qui fait partie de l'expérience de la première enfance : la capacité de créer le monde » (*in* Conversations ordinaires). Quant à la manière dont nous en usons : « par vie créatrice, j'entends le fait de ne pas être tué ou annihilé continuellement par soumission ou par réaction au monde qui empiète sur nous ; j'entends le fait de porter Sur les choses un regard toujours neuf » (*ibid*).

Compte tenu de l'importance que revêt la créativité dans l'œuvre de Winnicott, il est tout à fait exceptionnel dans la littérature psychanalytique qu'à aucun moment il ne développe son point de vue à partir d'exemples issus de la création artistique. Pour Winnicott, parler d'un tableau, d'une maison, d'une coiffure, d'une symphonie ou d'un plat cuisiné, tout cela est identique puisqu'il y est question de créativité. Ainsi, critique-t-il l'approche trop élitiste de Freud comme ce fut le cas avec le *Léonard de Vinci* [1] D.W. Winnicott, « La créativité et ses origines »,... [1]

*Les sources de la créativité selon Winnicott :

Si la créativité occupe une place prépondérante dans l'œuvre théorique de Winnicott, c'est parce qu'elle est synonyme de « vie », « d'être vivant », de « se sentir réel » et finalement de santé. Située au cœur des processus de maturation chez l'enfant, la créativité influe sur la qualité des relations que le sujet entretiendra avec la réalité tout autant que sur sa propre aspiration à vivre et à exister. Pour bien comprendre l'importance de la créativité, il est nécessaire de revenir sur son précurseur, la créativité psychique primaire, qui est liée à la façon dont Winnicott conçoit le rapport qu'entretient le nourrisson avec l'objet du besoin. Avant d'entrer dans le détail de cette construction théorique des phénomènes transitionnels, on peut dire que la créativité draine dans son sillage la quasi-intégralité des grands concepts winnicottiens : la mère, le self, la sollicitude, l'agressivité, le holding, les phénomènes transitionnels, le sentiment continu d'exister, la préoccupation maternelle primaire et l'utilisation de l'objet. Cet objet, auquel Winnicott reconnaît une valeur défensive contre l'angoisse de type dépressif, il le repère dans le passage qui s'effectue entre l'utilisation par le nouveau-né de son poing, de ses doigts et l'utilisation par l'enfant plus âgé de son ours en peluche, de sa poupée ou d'un jouet. L'objet que l'enfant adopte est sa première possession non-moi qui inaugure l'accès à la symbolisation, laquelle va faire passer le nourrisson d'une position de dépendance absolue à une position de dépendance relative. De ce point de vue,

l'objet transitionnel témoigne d'un mouvement qui de la relation d'objet conduit à l'utilisation de l'objet. Le principe essentiel au bon déroulement du processus illusion-désillusionnement est la non-résolution du paradoxe qui fait que l'enfant croit créer le sein là où il est apporté par la mère. Winnicott expliquera cette idée en disant qu'il faut laisser la possibilité au bébé

D'être fou pour qu'il ne le devienne pas à l'âge adulte : « Ce que j'ai appelé l'"objet subjectif"

se relie progressivement aux objets perçus objectivement mais ce processus n'intervient que si un apport suffisamment bon de l'environnement ou "l'environnement moyen sur lequel on peut compter" permet au bébé d'être fou – fou de cette manière particulière qui lui est concédée. Cette folie ne deviendra véritable folie que si elle apparaît plus tardivement. À ce stade de la petite enfance, il s'agit du sujet auquel je me suis référé quand j'ai parlé de l'acceptation du paradoxe lors de ce Moment privilégié où, par exemple, un

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

bébé crée un objet, mais où cet objet n'aurait pas été créé s'il n'avait déjà été là [20] D.W. Winnicott, « La créativité et ses origines »,... 20

L'objet subjectif est donc cet objet que l'enfant crée. « J'ai utilisé le terme d'objet subjectif pour décrire le premier objet, *l'objet qui n'a pas encore été répudié en tant que phénomène non-moi* [30] D.W. Winnicott, « La créativité et ses origines »,... [30]. »

J. Abram fait l'hypothèse que la confusion qui se dégage de ces lignes tient probablement au fait qu'il s'agissait d'une conférence prononcée en l'honneur du centenaire de Freud où les kleinien étaient en majorité. De quelque manière que l'on aborde les textes winnicottiens, il est difficile de constituer un corpus cohérent permettant d'appréhender la créativité artistique qui soit distinct de ce que Winnicott appelle la créativité en général. Ceci apparaît d'autant plus évident lorsque l'on considère le statut qu'il donne à l'œuvre d'art. « L'œuvre créée, en effet, se situe entre l'observateur et la créativité de l'artiste [42] D.W. Winnicott, « La créativité et ses origines »,... [42]. »

D'emblée, Winnicott considère « l'œuvre créée » dans une position médiane entre le spectateur et ce qu'il appelle la créativité de l'artiste, c'est-à-dire quelque chose qui est de l'ordre de la poussée, de l'éclosion de la vie intérieure vers le monde extérieur. L'œuvre se situe donc dans un espace interstitiel, une aire transitionnelle qui assure le lien entre le spectateur et la vie créative, étant entendu que la créativité à laquelle Winnicott se réfère « est celle qui permet à l'individu l'approche de la réalité extérieure [43] D.W. Winnicott, *ibid.*, p. 95. [43] ». »

6-LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL CHEZ UN ENFANT TRISOMIQUE :

Dans son livre, « Le jeune enfant porteur de trisomie 21 », B Céleste relève : La première étape constructive recouvre les deux ou trois premières années de vie du bébé ordinaire. Elle correspond au temps nécessaire au bébé pour se distinguer comme individu, c'est-à-dire comme unité vivante, unique et différente des autres. La maîtrise de cette individuation est

Attestée par l'apparition de certains comportements : crise d'opposition, reconnaissance de

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Soi dans le miroir, utilisation du « Je » pour parler de soi-même. Elle est beaucoup plus longue pour l'enfant trisomie qui donne généralement les indications de cette maîtrise qu'au cours de sa sixième année La maîtrise de cette individuation set donc plus longue pour l'enfant ayant une trisomie 21. Du fait de son Handicap, il est parfois plus difficile de reconnaître dans ses attitudes des Normales du développement. Déc. lors, cherché à comprendre l'enfant dans ce qu'il Manifeste et analyser et ses comportements en tenant compte des étapes d'individuation est utile.

-6-1-Regard :

Le regard joue un rôle important dans la construction des liens d'attachement. Chez le bébé trisomique, l'apparition de ce contact œil à œil se situe à l'âge d'environ six à sept semaines. B. Céleste relève les difficultés des enfants ayant une trisomie 21 à « entrer » et « sortir » de ce mode d'échange. La difficulté à « entrer » dans ce mode d'échange serait liée à l'hypotonie des muscles de l'œil, à un retard de maturation du système visuel. La difficulté à en « sortir » serait plus en liaison avec des explications de type cognitif. Les fixations du regard permettent, semble-t-il au bébé d'apprendre le visage de sa mère. Du fait de difficultés plus grandes de traitement de l'information chez le bébé trisomique, le temps nécessaire à cet apprentissage serait aussi plus long ; Un axe explicatif complémentaire attesterait d'une difficulté de structuration du champ visuel (lenteur de maturation de la vision périphérique chez l'enfant trisomique).

6-2-L'attachement :

Les liens affectifs qui se tissent entre le bébé et les adultes de son entourage sont à la base de la construction de la confiance en soi. Ce lien affectif de qualité, va permettre à l'enfant de se construire et d'acquérir par la suite son indépendance. Selon B. Céleste, quatre comportements indépendants témoignent de ce lien :

_ Les recherches de proximité de la figure d'attachement. (Alain Vanier,2005,p 110,111).

_L'évitement des événements suscitant la peur ou des personnes « dangereuses »

_L'interaction sociale dans le jeu.

_L'exploration de l'environnement.

6-3-Les manifestations émotionnelles:

L'enfant manifeste ses émotions par des pleurs, des sourires, des mimiques, des cris.

Ces manifestations sont interprétées par son entourage comme des signaux de bien-être ou de malaise. Les réponses données à ces manifestations constituent les premiers éléments de communication entre le bébé et son entourage.

B .Céleste relève : ces manifestations émotionnelles ont pour source et énergie le système

Tonico_moteur et l'on connaît la spécificité, avec des différences individuelles importantes,

De la tonicité chez le bébé porteur d'une trisomie. Un grand nombre de travaux atteste de la rareté, de la faible intensité et de la difficulté d'obtention de manifestations émotionnelles aussi bien positives que négatives chez le bébé porteur d'une trisomie.

L'enfant ayant une trisomie 21 exprime peu et moins fort ses émotions. De ce fait, il incite peu à l'interaction et risque de se trouver rarement en situation d'être l'initiateur de la communication. L'entourage de ce bébé devrait porter une attention particulière à ses manifestations émotionnelles même minimales. Répondre à ses signaux pour qu'il comprenne l'efficacité de la communication est important. (Alain Vanier,2005,p 113).

6-4-La renaissance de soi :

Un indicateur d'individuation est reconnaissance de soi dans le miroir. Lorsque l'enfant se regarde dans le miroir et se connaît en disant « c'est moi », il fournit la preuve qu'il se considère comme un individu et qu'il a franchi une étape constructive. Pour les enfants ne maîtrisant pas encore le langage, on utilise le test de tache de Gallup. A l'insu de l'enfant, on fait une tache de couleur sur son front ou son nez. Ensuite on place l'enfant devant le miroir en attirant son attention sur le reflet de la tache. Si l'enfant cherche à toucher la tache sur lui-

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

même, on peut considérer qu'il a acquis cette reconnaissance de lui-même. Par contre, s'il cherche à effacer cette tache en dirigeant son geste vers le miroir, la reconnaissance de soi n'est pas acquise. Il semble aussi que le comportement exploratoire de la période de « jeu » face au miroir perdure plus longtemps, malgré le fait de s'être reconnu, chez les enfants ayant une trisomie 21.

6-5 La période d'opposition :

L'enfant exprime son individualité en s'opposant à autrui. Il montre sa volonté d'indépendance en manifestant son désir de faire seul et refuse l'aide des adultes. Cette période d'opposition est une étape importante dans le développement de l'enfant. Pour l'enfant ayant une trisomie 21 et sa famille, cette étape est particulièrement sensible. Elle perturbe et détériore d'une certaine manière l'équilibre familial établi. Face aux modifications

du comportement de l'enfant, l'entourage ne sait pas toujours quelle attitude adopte. B. Céleste relève : Il est pourtant important que l'on propose à l'enfant trisomique un cadre bien structuré. Plus qu'un enfant ordinaire il a besoin de règles éducatives claires.

Quant au contenu de ces règles, il n'a rien à voir avec la trisomie. Il s'agit pour la famille d'accompagner l'éclosion d'un individu qui, trisomique ou non, aura à vivre en société. Il

N'est certainement pas facile à trouver le juste équilibre entre le trop peu de règles, qui risque de perturber l'enfant dans cette prise d'autonomie utile à sa construction, et des règles excessives qui alors briseraient tout désir d'autonomie. (Bernadette Céleste et Benoit Lauras, 1997, p 154).

CONCLUSION :

Parler des besoins de l'enfant ayant une trisomie 21, ne peut se faire sans évoquer les

Difficultés auxquelles ces enfants vont être confrontés dans leur développement.

On a choisi de diviser ce chapitre en six sous titre, dont lequel l'objectif de cette démarche

CHAPITRE II Le développement affectif chez les enfants trisomiques 21

Dans ce chapitre est d'essayer de toucher les points essentiels concernant le développement affectif de l'enfant trisomique 21 ainsi que les différents stades du développement affectif de ces derniers.

Partie Pratique.

Chapitre III

La méthodologie de recherche.

Préambule :

Dans ce chapitre consacré à la méthodologie de recherche et à la présentation de différentes étapes, nous présenterons la méthode et les différents outils de recherche. En premier lieu on va commencer par la présentation du terrain, la méthode de l'étude et la pré-enquête puis le choix de l'échantillon ainsi que les critères d'inclusions et d'exclusions ensuite on parlera des outils de la recherche et enfin le guide de l'entretien.

1-La méthode de l'étude :

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives en tentant de donner une image précise et fidèle d'un phénomène ou d'une situation donnée.

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historique, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu.

L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique est les cliniciens y font souvent référence. L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné, elle permet de regrouper un grand nombre de données issue de méthodes différentes « entretiens, tests, échelles etc. » pour mieux comprendre le sujet de manière globale en référence à lui-même son histoire et à son contexte de vie.

Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu afin de comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. Cette description précise la situation complexe d'un sujet à formuler des hypothèses étiologique sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble.

L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer mais plutôt d'élaborer des hypothèses. (Chahraoui.K, Benony.H, (2003), p125-126).

2-La pré-enquête :

Dans le but de valider notre question de départ et afin d'aboutir à une question de recherche, nous avons réalisé notre pré-enquête en pratiquant une observation et un entretien, on a donc interrogé trois parents des enfants trisomiques, dont lequel notre entretien s'est déroulé dans un centre CPPEHM, Centre Psychopédagogique Pour Enfants Handicapée Mentaux au lequel on a consacré une demi heure pour chaque parent pour répondre à nos questions qui étaient simple et direct, cet entretien nous a beaucoup aidé à cueillir des informations sur l'enfant et sur son développement affectif et relationnel etc.

Notre entretien nous a tout d'abord permis de faire la rencontre avec les parents de chaque enfant, et de savoir comment ces derniers supportent t'ils l'handicap de leur enfants, et les difficultés que vies ses parents au quotidien.

Notre pré-enquête est de durée d'un mois du 04/01/2015 au 26/04/2015, durant notre stage pratique on a tester le test de patte noire, mais les résultats que nous avons obtenu nous en amener à confirmer que ce test ne convenait pas et n'est pas applicable à notre population de recherche c'est ce qui nous a obliger de changer le test qui est le dessin de la famille qu'on a trouvé qu'il répondait parfaitement à notre population et à notre sujet de recherche.

3-choix de l'échantillon :

Notre population d'étude est composée de trois enfants entre 6à10ans, on a choisit cet échantillon car tous les cas répondent à l'objet de notre recherche et cela à partir des observations qui ont été faites auprès de ces enfants qui manifestent la trisomie 21.

4-LES CRITERES D'INCLUSIONS ET D'EXLUSIONS :

4-1-Les critères d'inclusions :

- L'âge des enfants entre (6-10ans).
- Ayant retard léger
- Enfants trisomiques de sexe féminin et masculin.
- Les enfants sont admis au CPPEHM de Bejaia.
- les enfants trisomiques sont issues de différentes catégories sociales et de différents niveaux d'instructions des parents.

4-2-Les critères d'exclusions :

- L' enfant trisomique ne doit pas avoir un handicap moteur ni une maladie chronique.
- L'enfant trisomique orphelin .

4-Présentation du terrain :

***Création :**

L'existence du CPPEHM est due au décret exécutif n° 08-282 du 06/09/2008 modifiant le décret n° 80-59 du 08/03/1980 portant création, organisation et fonctionnement des centres médico-pédagogiques et des centres d'enseignements spécialisés pour l'enfance handicapée notamment son article 3 et complétant les listes des centres d'enseignements spécialisés pour enfants handicapés visuels et auditifs et des centres médico-pédagogique pour enfants inadaptés mentaux et handicapés moteurs ;modifié et complété aussi par le décret exécutif n°12-05 du 04/01/2012 portant le statut type des établissements de l'éducation et de l'enseignement spécialisé des enfants handicapés.

L'établissement a ouvert ses portes et mis en activité le 05 janvier 2010.

Les enfants sont pris en charge sous le régime de la demi-pension, sa capacité d'accueil est de 60 enfants.

***Activités principales et annexes :**

-Le Centre Psychopédagogique Pour Enfants Handicapés Mentaux accueille des enfants adolescents déficients mentaux, qui nécessitent une éducation spéciale prenant en compte les aspects psychologiques.

-Le Centre est chargé en ce qui concerne les enfants et adolescents handicapés, notamment de :

*Favoriser l'épanouissement et la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles ainsi que l'autonomie sociale de l'enfant.

*Assurer l'éducation motrice, le suivi psychologique et la rééducation orthophonique.

*Assurer l'éducation précoce et le soutien scolaire pour l'acquisition des connaissances.

*Assurer l'éveil et développement de la relation entre l'enfant et son entourage.

*Assurer l'accompagnement de la famille de l'enfant handicapé.

*Elaborer le projet pédagogique et éducatif de l'établissement ainsi que l'éducation physique et sportive adaptée.

*Développer des activités culturelles, récréatives et de loisirs adaptés en direction des enfants handicapés.

*Soutenir l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire ordinaire.

*Développer la personnalité, la communication et la socialisation de l'enfant et d'assurer l'accompagnement de leur famille et de leur entourage.

-Le CPPEHM de Bejaia prend en charge des enfants handicapés mentaux

atteints de débilité légère et moyenne et aussi ceux qui présentent des Difficultés d'adaptation scolaire du à une insuffisance mental, dont l'âge varie entre 04 et 18ans.

***Les infrastructures de l'établissement :**

1 Infrastructures pédagogiques :

- Un bureau pour le secrétariat pédagogique.
- Un cabinet de consultation pour le médecin.
- 10 salles pour les activités pédagogiques.
- 05bureaux de consultation psychologique.
- Une salle de psychomotricité.
- Une salle d'animation.
- Un dortoir.

2 Infrastructures administratives :

- Un bureau de directeur.
- Un bureau de comptabilité.
- Un bureau de secrétariat.
- Un bureau de personnel.

***ENCADREMENT** : La prise en charge des enfants est assurée par une équipe plu- disciplinaire composée de :

- Psychologue Pédagogue.
- Psychologue Clinicien.

- Psychologue Orthophoniste.
- Médecin.
- Educateurs Spécialisés Principaux.
- Educateurs Spécialisés.

***Missions du centre :**

Le centre accueille des enfants âgés de 03 à 18ans atteints d'une déficience liée à l'inadaptation mentale, à l'exception de ceux qui présentent des pathologies graves telles que certaines psychoses infantiles sévères, ou difficultés motrice profondes (grabataire).Principalement, l'établissement à pour mission l'éducation et la rééducation des enfants et des adolescents pour l'acquisition de l'autonomie fonctionnelle et insertion socioprofessionnelle.

Ainsi l'établissement assure les consultations externes en psychologie clinique, orthophonique et pédagogique. Dans le but notamment de préparer les enfants de moins de 06ans à une éventuelle intégration.

***Le programme pédagogique pour la classe éveil 02 pour l'année 2014/2015 :**

Le programme de la classe éveil02 est un programme ambitieux, conçu soigneusement dans le but de répondre à différents besoins de l'enfant, et c'est un programme qui est adapté aux capacités de ce groupe et les différents axes qui aide l'enfant à développer ses capacités et à acquérir tout

Dont il a besoin afin de mieux le préparer pour accéder aux niveaux supérieurs et devenir plus autonome.

Année : 2014/2015

<u>Axes</u>	<u>Objectifs</u>
<p><u>1-conscience de soi et de son corps :</u> <u>a-Schéma corporel :</u></p> <p>b-identité :</p>	<p>-révision des grandes parties du corps : tête, cou, poitrine, ventre, dos, mains, pieds. -révision des parties du visage suivantes : nez, bouche, oreilles, cheveux, yeux. -apprendre les éléments du corps suivants : doigts, épaules, front, lèvres, langue, ongles.</p> <p>-connaître son nom, son prénom, son sexe. -connaître le nom de ses parents et de sa fratrie. -connaître le nom de ses camarades.</p>
<p><u>2-notion de l'espace et de temps :</u></p> <p><u>a-notions de l'espace :</u></p> <p>b-notion du temps :</p>	<p>-révision-et affermissement de la notion suivante : Sur/sous.bas/haut. devant/derrière.intérieur/extérieur. -apprendre la notion : gauche/droite.</p> <p>-révision de la notion suivante : nuit/jour. -révision des différentes variations de la météo : nuageux, ensoleillé, pluvieux. -acquérir les notions suivantes : hier/aujourd'hui/demain. -apprendre les jours de la semaine.</p>

<p><u>3-prélogique :</u></p>	<p>-apprendre les choses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -classement et triage des objets différents par la forme, la couleur et la dimension. -apprendre à faire des ensembles. -apprendre la notion : pareil/pas pareil. -connaître les suites logiques.
<p><u>4-éducation sensorielle :</u></p> <p><u>A :</u> la vue :</p> <p><u>B :</u> l'ouïe :</p> <p><u>C :</u> le tactile :</p> <p><u>D :</u> le gustatif :</p> <p><u>E :</u> l'olfactif :</p> <p><u>F :</u> la barrique :</p>	<p>-révision des couleurs primaire : rouge/bleu/jaune.</p> <p>-acquérir les couleurs suivantes : noire, blanc, vert, marron, rose, orange.</p> <p>-révision de formes suivantes : carrée, cercle, triangle.</p> <p>-acquérir les formes suivantes : rectangle, étoile, croissant.</p> <p>-révision et acquisition des notions suivantes : long/court, gros/fin, plein/vide.</p> <p>-connaître les sons des choses relatifs a la vie quotidienne de l'enfant (animaux, transport....).</p> <p>-révision et acquisition des notions suivantes : chaud/froid, lisse/rugueux, mou/dur.</p> <p>-révision de la notion : sucré/salé.</p> <p>-reconnaitre les différents objets par leur odeurs (différents produits, légumes....).</p> <p>-acquérir la notion : lourd/léger.</p>
<p><u>5-graphisme :</u></p>	<p>-apprendre à tenir correctement l'outil de l'écriture.</p> <p>-savoir faire des traits de différentes formes en suivant les pointillés.</p>

<p><u>6-éducation du langage et communication :</u></p>	<p>-développer la faculté de l'écoute et de la compréhension des consignes chez l'enfant.</p> <p>-développer le langage non verbale de l'enfant à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> *la maitrise du regard. *l'expression par les gestes. *avoir une bonne posture. <p>-aider l'enfant à prononcer correctement les sons et les mots.</p>
<p><u>7-l'autonomie :</u></p>	<p>-<u>l'hygiène</u> : renforcer l'autonomie de l'enfant à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le lavage des mains en utilisant le savon et la serviette. -le brossage des dents. -savoir se moucher. <p>-<u>l'habillement</u> : renforcer les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -mettre /ôter correctement ses vêtements. -le boutonnage /le déboutonnage. -mettre correctement ses chaussures. -le laçage/le délaçage. -distinguer l'endroit et l'envers. -savoir suspendre ses vêtements. <p>-<u>le repas</u> : renforcer la capacité de l'enfant à manger correctement en utilisant les ustensiles du repas appropriés.</p> <p>-<u>taches domestiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> -apprendre à faire de l'ordre à la fin de l'activité. -apprendre à faire le rangement et à remettre les choses à leur place à la fin de l'activité. -savoir ramasser les déchets et les remettre à la poubelle.

**8-activités manuels
et d'expression :**

-ce sont l'ensemble des activités qui aident l'enfant à exprimer ses tendances, ses goûts et ses capacités ;sa lui permet aussi de se détendre, ainsi que de développer sa motricité fine, et ca à travers les activités suivantes :

-déchetage/copiage.

-collage.

-peinture.

-dessin.

-Modelage.

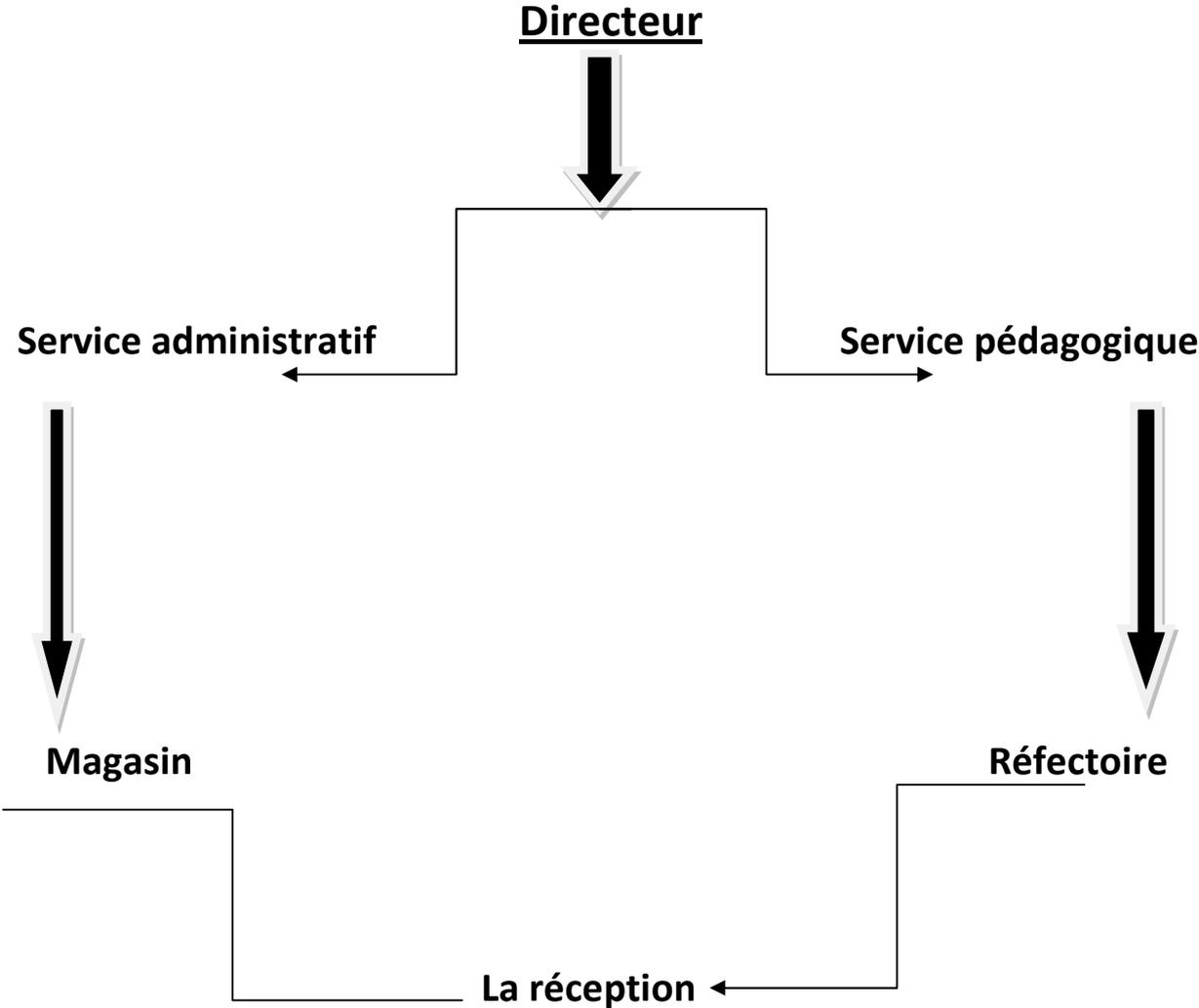
Et les activités d'expression suivantes :

-la danse.

-le chant.

-la mise en scène.

L'organigramme de C.P.P.E.H.M –BEJAIA-



6-LES OUTILS De l'étude :

6-1-Définition de l'observation clinique :

Selon Pedinielli (1994),et Benony ;l'observation clinique consiste à relever des phénomènes comportementaux, idéatifs,langagières,émotionnelles et significatifs afin de leur donner un sens, en les resituant dans la dynamique ,l'histoire de sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualiser.(Ibid,p 13-14).

Dans notre étude nous avons opté pour l'observation participante ou libre ;

6-2Définition de l'observation participante ou libre :

L'observation libre se définit comme une observation ou la situation choisie est celle d'un milieu authentique, cours de récréation d'une école, self réserve aux malades d'un service psychiatrique, groupe de travail en entreprise, milieu familial...elle permet d'apprécier le comportement naturel tel qu'il se manifeste dans le milieu habituel du sujet. (Pedinielli, Fernandez, 2005, p45).

Notre objectif de cet outil est la prise de contact avec l'enfant, elle a porté sur tous les aspects relationnels, sur les manifestations émotionnelles et sur la participation corporelle etc.....

6-3- l'entretien clinique :

Nous avons choisi l'entretien clinique semi directif dans l'objectif est de laisser le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé.

Notre entretien clinique semi directif est constitué de trois axes qui sont les suivants :

AXE1 : Pour savoir les informations personnelles de l'enfant : le nom, le prénom, et l'âge.

AXE 2 : dans_but_de_connaître le niveau scolaire de l'enfant.

AXE 3 : développement affectif chez les enfants trisomiques.

7-Test dessin de la famille :

Dans notre étude on a choisi d'utiliser le test de dessin de la famille car on n'a trouvé qu'il convenait et répond bien à notre sujet de recherche.

L'auteur de ce test est Corman. Il est très utilisé aujourd'hui, car il est très simple à faire passer et il apporte énormément de résultats. Ce test se passe de 5 à 14 ans,

Le temps de passation :

Le temps de la passation du dessin de la famille est entre 10 à 15 minutes.

La consigne :

Est « Dessine moi une famille le mieux que tu pourras ».

Ce test n'est pas chronométré, et le psychologue ne fait aucun commentaire. Cependant, il note le comportement global de l'enfant. On ne met pas de gomme sur la table, mais si l'enfant en demande une on lui en fournit une et on le note.

On doit noter l'ordre dans lequel l'enfant dessine le personnage, et il faut ensuite demander à l'enfant de présenter chaque personnage. Dans la plupart des cas, on a une idée de sa famille réelle, mais ce n'est pas le plus important. Si dans la définition des personnages qu'il dessine, il n'apparaît pas ou qu'il ne dessine (dans le cas d'une famille d'animaux) aucun animal proche de lui par le sexe et l'âge, on lui demande : (et toi, tu ne te dessines pas ?).

On doit poser les questions :

*dans le dessin, qui est le plus heureux ?et pour quelles raisons ?

*à ton avis, à quel âge est ce qu'on est le plus heureux ?pourquoi ?

*si tu pouvais choisir, quel âge aimerais-tu avoir ?pourquoi ?

Il faut noter l'ordre dans lequel il choisit de parler des personnages.

S'ils ne sont pas évidents, il faut demander à l'enfant de préciser les liens de parenté.il faut également demander à l'enfant d'expliquer ce que les personnages sont en train de faire.

Cette épreuve doit être considérée comme une épreuve de graphisme et comme une épreuve de dessin de personnage qui est favorable à l'expression des aspects fondamentaux de la personnalité parce qu'elle met directement en cause l'image du corps.

Ce test du dessin de la famille impose ce thème de la famille qui peut révéler des aspects inconscients de cette notion de famille.

Le dessin d'une famille au contraire du dessin de sa propre famille, laisse plus de liberté au sujet et de ce fait, la projection est plus aisée et plus importante. On peut se demander si la famille dessinée est la famille idéale, la famille souhaitée. On peut aussi voir des familles stéréotypés, avec un père, une mère, et des enfants, un garçon et une fille.les stéréotypes se transforment avec l'âge et sont variables suivant le milieu social de l'enfant et suivant aussi l'étendu de sa propre famille.

C'est un test projectif qui présente l'énorme avantage d'être d'emblée centré sur le groupe familial, qui est le lieu privilégié des conflits enfantins.si on pense que les images peuvent être conflictuelles, ce test permet d'apprécier la nature

Et l'intensité des conflits impliqués.par ailleurs, ce test permet aussi de voir si

Ces conflits se situent dans une phase évolutive normale ou s'ils présentent un caractère plus ou moins pathologique. (Colette Jourdan, Lonescu et Jean Lachance, 2008, p 9, 10, 11).

Manuel d'analyse et d'interprétation du test de dessin de la famille :

Le test de dessin de la famille est interprété comme suivant :

- 1- Le graphique.
- 2- Le contenu.
- 3- Synthèse.

MANUAL D'ANALYSE ET D'INTERPRÉTATION DE TEST DU DESSIN DE FAMILLE

NIVEAU	DIMENSION		CARACTERISTIQUE DE LA PRODUCTION	INTERPRÉTATION	AL D
LE GRAPHIQUE	Tracé	Taille	• Petite au hanchée	➤ Il est inhibé, repli, timide, craintif	
			• Grande	➤ Il a assurance, confiance en soi, Epanouissent, contrôle de soi, respect des autres	
		Forme	• Droites et angles	➤ Il est réaliste, souvent agressif et opposant, il Prend beaucoup d'initiatives.	
			• Courbes	➤ Il est plus sensible, moins confiant, et il a une Bonne imagination.	
			• Circulaires	➤ Il a une certaine immaturité et certaine insécurité	
		Appui	• Fort	➤ Il a une énergie et des pulsions fortes	
	• Faible		➤ Il a la timidité, l'émotivité et l'indécision		
	Espace	• Bas	➤ Il est dominé pas les pulsions primitives es la Matérialité (enfants asthéniques et déprimés)		
		• Milieu	➤ Il a un centre d'intérêt actuel et présent		
		• Haut	➤ Il a idéalisation et l'imagination		
		• Gauche	➤ Il a des fixations dans le passé, il est spontané Face aux émotions, se montre infantile		
	Couleurs	• Droite	➤ Il se projette dans l'avenir, il es fort intellectuel et mature		
		• Couleurs chaudes	➤ Il actif et impulsif		
• Couleurs froides		➤ Il est interverti et réfléchi			
		• Couleurs neutres (brun, gris, noir)	➤ Il es inhibé, déprimé, il a de la refoulement		
LA STRUCTURE	Bon Homme	gribouillage	• L'enfant gribouille et manifeste un plaisir moteur	➤ Il a un dessin d'un enfant en âge de (1-3)ans	
		Dessin éparpillé	• L'enfant dessin un têtard, y a action intentionnelle et • Représentative	➤ Il a un dessin d'un enfant en âge de (3-5)ans	
		Dessin localisé	• Tracé continu, respect des proportions, différence des sexes, • Double très des membres, vêtement, couleurs du visage	➤ Il a un dessin d'un enfant en âge de (6-8)ans	
		Dessin temporalisé	• Instauration du temps (heur, âge, jour/nuit) de la profondeur • (éloignement) et du mouvement+visage et vêtement évolués	➤ Il a un dessin d'un enfant en âge de (9-11)ans	
		Stade critique	• Manque de spontanéité, stagnation, usage des stéréotypes	➤ Il a un dessin d'un enfant en âge de (12-13)ans	

LE CONTENU				ans
	Groupe	La cohésion et les Interaction	• Movements, chaleur, détail , dynamisme	➤ Il est du type sensoriel
			• Moins mobile , contrôle, rigide, sans interection	➤ Il est du type rationnel
	Type de famille		• Famille réelle	➤ Il s'identifier a la réalité, obéit à celle-ci : il a une bonne adaptation, une maturité, un contrôle rationalité.
			• Famille imaginée	➤ Il obéit au principe de plaisir (plus l'écart avec le réel est grand, plus le mécanisme de projection est actif. Ici (toute omission ou déformation d'un personnage est signification d'un problème)
	Tendances du sujet	Valorisation d'une personne	• Le premier mombre de la famille graphique qui est dessiné	➤ Il a un investissement très important dans ses représentations pour l'objet, pour son aspect soit protecteur, rassurant.
			• Qu'il occupe une place plus importante sur la feuille (part ses mensurations)	➤ Il a un investissement très important dans ses représentations pour l'objet, pour son aspect de la crainte
			• Choisis comme étant essentiel du dessin	➤ Il a un conflit narcissique (si le premier personnage représente l'enfant lui-même)
		Dévalorisation d'une Personne	• Temps de réalisation de ce pesonnage superieur aux autres personnages.	➤ Il vie un mal-être actuel (s'il s'agit de l'enfant lui-même) (l'oublie indique l'existence d'un mécanisme de défense appelé le déni névrotique : les éléments angoissant seront niés ou évités)
			• Positionne à gauche sur la feuille (en première place) suivi plus à droite des autres memobres de la famille.	➤ Il es en conflit psychologique avec le personnage (réalité trop pénible (s'il s'agit d'un autre personnage)
		Mécanisme de Surajoute d'un personnage	• Personnage oublié (dénégation)	➤ Il s'identification à un héro télévisé qui présentant ce qu'il voudrait être ou faire
			• Personnage mis à l'écart des autres	➤ Il a des tendances régressives
• Personnage mis sur un plant inférieur			➤ Il cherche un moyen exutoire, pour évacuer ses tensions psychiques	
• Personnage sur des bavures de feutres	➤ Il s'identifie au personnage (dans ce cas l'identification projective et complète).			
		• Personne raturé, barré volontairement (annulation)		
		• Personnage avec des éléments manquants.		
		• Personnage bâclé		
		• Un héro télévisé		
		• Un bébé non identifiable dans la réalité est rajouté		
		• Un double		
		• Le dessinateur absent du dessin et un autre personnage non identifiable dans la réalité et rajout		

	Liens et interactions entre les personnages du dessin	<ul style="list-style-type: none"> un animal, inexistant dans la réalité (non élevé) 	<ul style="list-style-type: none"> Il désire posséder cet animal (animal domestique généralement) Il désire posséder certaines caractéristique de cet animal : ça représente une tendance que qu'il n'ose assumer lui-même (animal non domestique généralement) (ce processus permet de rassurer, de sécuriser l'enfant) (travestissement maximum) 		
		<ul style="list-style-type: none"> une famille imaginé composer uniquement d'animaux 	<ul style="list-style-type: none"> Il est traumatisé par la famille réelle, il est trop inhibé ou envahi émotionnellement par le conflit psychique (C'est le cas des familles incestueuses). 		
		<ul style="list-style-type: none"> personnage éloigné 	<ul style="list-style-type: none"> Il a un conflit avec le personnage 		
		<ul style="list-style-type: none"> personnage rapproché 	<ul style="list-style-type: none"> Il est proche du personnage (ils partagent intimité et protection « réelle ou désirée ») 		
	les identifications	Identification de défense	<ul style="list-style-type: none"> le personnage choisi reflète la puissance, la force, le pouvoir et la possibilité de nier d'autre (part le statut, tout accessoires vestimentaires ou toute actions symbolisant). 	<ul style="list-style-type: none"> Il a un niveau élevé d'imaturité. (cette identification rapporte une identification de survie du Sur-moi. Passage à l'acte éventuel. Sentiment de persécution peut être identifié. Résistance = grande défonce = refoulement) (il y'a identification à l'agresseur) 	
		Identification de désire ou de tendance	<ul style="list-style-type: none"> le personnage choisi reflète des qualités spécifiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Il a un niveau intermédiaire de maturité. (le sujet se projette dans le ou les personnages qui satisfont le mieux ses tendances avouables. C'est l'identification de soi) 	
		Identification de réalité	<ul style="list-style-type: none"> le personnage choisi reflète des éléments cohérente avec la vie réelle du sujet. 	<ul style="list-style-type: none"> Il a un niveau élevé de maturité. (les représentations ne se sont pas fantasmées ou erronées sur lui-même et sur son environnement. Elles sont constructives car elles permettent de se mettre en projet). 	
	Réactions agressives	Franches	<ul style="list-style-type: none"> Personnage barré ou raturé Personnage menacé par arme 	<ul style="list-style-type: none"> El est en rivalité directe avec le ou les personnages 	
		Déplacés	<ul style="list-style-type: none"> Personnage représenté par un animal ou come une victime 	<ul style="list-style-type: none"> Il est en rivalité non directe avec le ou les personnages (symbole de la pulsion censurée) (il y a refoulement) Il est immature et il a régression. Il nie la réalité pour retrouver le monopole de l'affection de ses parents. 	
		Détournés	<ul style="list-style-type: none"> L'élimination ou l'oublie d'un frère ou une sœur (rival) 		
<ul style="list-style-type: none"> Le dessin sans enfant 			<ul style="list-style-type: none"> Il est en conflit extrême avec sa fratrie 		

	Les Conflits relationnels avec la fratrie			<ul style="list-style-type: none"> ➤ La dépréciation d'un frère ou d'une sœur (rival) en l'éloignant des autres enfants 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il prendra en compte la réalité de l'autre, il a une certaine maturité
		Réactions dépressives	Dévalorisation de soi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Éloignement, rature, la mise sur un plan inférieur, bavures de feutres, barré, des éléments manquants, bâclé 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il retournera son agressivité contre lui-même
			Élimination de soi	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant n'est pas représenté sur le dessin • +L'enfant ne va pas faire de commentaire, 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il est supposé en état dépressif
			<ul style="list-style-type: none"> ou très peu ➤ +Le dessin va être réalisé avec lenteur etc. 		
		Réactions régressives	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un bébé est ajouté dans la composition familiale (identification inavouée au nouveau-né) mais l'enfant s'identifie à un parent maternant 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il se défend contre la dépression ➤ Il a une culpabilité qui peut parfois se traduire chez l'enfant par une angoisse envahissante ou des passages à l'acte agressif 	
		les Conflits relationnels avec les parents	Manifestations œdipiennes franches	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il y a, dans le dessin de l'enfant, un investissement sur le personnage de même sexe qui devient l'objet d'identification (le plus proche de lui) 	Il s'identifie au parent de même sexe (l'Œdipe est d'actualité et en voie de résolution)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il y a dans le dessin un investissement sur le personnage de sexe opposé qui devient l'objet d'identification (le plus proche de lui) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il s'identifie au parent du sexe opposé. Cette identification, dans un Œdipe en développement normal, se déroule après l'identification au parent du même sexe 				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un parent, ou les deux parents, sont barrés, raturés ou dévalorisés 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il a une agressivité envers l'un ou les deux parents 				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un parent, ou les deux, éliminés (généralement l'objet du désir) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il adopte un comportement d'évitement vis-à-vis de son parent 				
	Manifestations œdipiennes Masquées (patho)	La symbolisation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quelqu'un ou quelque chose dans le dessin devient le symbole de l'agressivité envers le parent 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il a une grande agressivité envers un parent ou les deux (la censure est renforcée car le conflit est intense) 	
		La mise à distance	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Élimination totale du couple parental sur le dessin ➤ Enfant se plaçant à distance du parent du même sexe ou des deux parents, ou existence d'un trait tracé séparant les personnages 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conflit de la réalité, ou latent, dans la construction psychique de l'enfant (la censure est renforcée car le conflit est intense) 	
		Le repli narcissique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'enfant se dessine en premier ➤ Il prend du temps pour se représenter et est très minutieux (intérêt pour son apparence) ➤ Représentation d'un double 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il a un retrait de libido objectale sur soi, il a une grande complaisance envers soi-même (risque de dépression ou autre pathologie) 	

Synthèse

Dimension	Caractéristiques du sujet
Trais de caractère
Image de soi
Relation aux parents
Relation à la fratrie
Mécanismes de défense de soi
Tendances pathologiques

CONCLUSION :

La méthodologie est très importante car elle permet d'ordonner notre démarche scientifique, elle nous amène à mieux cerner notre objectif, ainsi à éclaircir, et faciliter l'utilisation de nos outils qu'on va appliquer dans la Pratique.

Chapitre IV

**Présentation, analyse
et discussion des
résultats.**

Préambule :

Ce chapitre est consacré à la présentation, interprétation et analyse des résultats, dont lequel on commencera par la présentation du cas, ensuite l'observation, l'entretien clinique, et enfin l'analyse et discussion des résultats et on terminera par une conclusion.

-Présentation des cas :

1-Présentation de cas d'Ikram :

Ikram est une fille âgée de 7ans, elle est la dernière fratrie de trois ; deux garçons et une fille, elle est grandi dans un milieu familiale normal (modeste), et Elle présente une trisomie 21.

D'après les parents, c'est après un mois qu'ils ont su que leurs fille est trisomique. Elle a été scolarisée à l'âge de six ans (05-01-2014).

1.1. L'observation du cas :

D'après plusieurs observations qui ont été fait sur le cas d'Ikram, on a trouvé qu'elle est une fille calme, gentille, généreuse et sociable. Elle communique facilement avec ses camarades, elle est intelligente et aime participer dans les ateliers qu'ils font en classe. Ikram est une fille en classe éveil02 et elle est vraiment une fille très adorable.

1.2. L'entretien clinique :

L'entretien s'est déroulé au centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Bejaia, dans le bureau de psychologue avec les deux parents d'Ikram.

Sa mère avait quarante ans quand elle est née et c'est après un mois qu'ils ont su que leur fille est trisomique. D'après les dire de la mère l'allaitement été au sein pendant un an et à partir de deux ans c'est l'allaitement artificielle. Ikram ne développe pas d'autre maladie.

D'après ses parents, Ikram est une fille calme, autonome ; elle est trop

Gâtée, et son éducation été très particulière, elle est sociable ,elle a une bonne Relation avec ses frères et sœurs et elle est trop attaché a ses parents .

1.3. Présentation, interprétation et analyse :

Selon l'analyse du test le dessin de la famille, l'enfant présente un retard mental de 2 ans, cet enfant parait timide, inhibé, repli, et craintive, elle a une certaine immaturité, une certaine insécurité, comme elle a une énergie des pulsions fortes, car elle est dominé par des pulsions primitives et la matérialité.

Ikram a un dessin d'un enfant en âge de 3 à 5 ans, car elle s'identifie à la réalité, obéit à celle-ci ; elle a une bonne adaptation, une maturité, un contrôle et une rationalité.

Le premier membre de la famille graphique qui est dessiné est le père, donc elle à un investissement très important dans ses représentations pour l'objet, pour son aspect soit protecteur, rassurant.

Cet enfant vit un mal-être actuel, elle a des tendances régressives, a un conflit avec son père, comme elle a un niveau élevé de maturité, et elle retourne son agressivité vers elle-même, se défend contre la dépression.

Enfin, Ikram s'identifie au parent de même sexe et elle a un conflit de la réalité ou latent dans la construction psychique de l'enfant.

Conclusion :

Cet enfant présente un développement affectif normal qui est expliqué par un investissement très important dans ces présentations pour l'objet et pour son identification au parent de même sexe. C'est ce qui est confirmé par la mère en disant « ma fille est très proche de moi, et elle ne peut pas dormir sans prendre ma main ».

2-Présentation du cas de Younes:

Younes est un garçon âgé de 7 ans, il est le dernier d'une fratrie de deux garçons, il est grandi dans un milieu familial normal (modeste), et il présente une trisomie 21.

Selon sa mère Younes n'avait aucune maladie.

C'est vers 3mois que sa mère a su que son fils est un enfant trisomique.

Younes été scolarisé à l'âge de 6ans(le 06/01/2013).

2.1. L'observation de cas

Pour arriver aux résultats que nous souhaitons, on a fait plusieurs séances d'observations du cas de Younes et on a remarqué qu'il est un enfant calme, gentille, généreux et sociable.

Younes est très intelligent, il aime beaucoup la prospérité. Il aime participer aux activités en classe. Younes est en éveil 02 et Il a une bonne relation avec ses camarades de classe. C'est un enfant très adorable.

2.2. L'entretien clinique

On a fait l'entretien dans le centre psychopédagogique des handicapés mentaux de Bejaia au bureau de psychologue suite à la présence de la mère de Younes.

À partir de questionnaire, la maman nous a confit que Younes est un garçon âgé de sept ans, c'est le seul enfant trisomique dans la famille et c'est un enfant désiré.

Sa mère avait trente-deux ans quand il est né et c'est vers trois mois qu'elle a su que son enfant est trisomique et il ne développe d'autre maladie.

L'allaitement de Younes au sein de sa mère est d'une période quarante jours seulement, puis après c'était l'allaitement artificiel.

D'après les dires de sa mère, Younes est un enfant issu d'une famille très modeste, et toute la famille l'aime, il est calme, mais il bouge trop, il est autonome et il s'habille seul. Il est très attentionné et il a une bonne mémoire. Younes est très attaché à son frère. Il a été scolarisé à l'âge de six ans (06-01-2013).

2-3-présentation, interprétation et analyse :

Selon le test du dessin de la famille, Younes présente un retard mental de 2ans, ce qui est expliqué que cet enfant a une assurance, confiance en soi, l'épanouissement, contrôle de soi et le respect des autres.

Younes paraît réaliste, souvent agressif, opposant et il prend beaucoup d'initiatives, comme il a un centre d'intérêt actuel et présent il a un dessin d'un enfant en âge de 1 à 3 ans.

Cet enfant s'identifie à la réalité, il a une bonne adaptation, une maturité, un contrôle et une rationalité.

Le premier membre de la famille graphique qui est dessiné c'est le père, ce qui explique qu'il a un investissement très important dans ses représentations pour l'objet, pour son aspect soit protecteur ou rassurant.

Il vit un mal-être actuel, car il a un conflit avec sa mère et il est aussi en réalité directe son père et son frère.

Enfin, Younes s'identifie au parent de sexe opposé (la mère) et il a une grande agressivité envers les parents.

Conclusion :

Cet enfant présente un développement affectif normal qui est expliqué par un investissement très important dans ces présentations pour l'objet et pour son identification au parent de sexe opposé. C'est ce qui est confirmé de dire que Younes a un complexe d'Oedipe et une relation conjugale avec la mère.

3-Présentation du cas de Nabil:

Nabil est un garçon âgé de 10ans, il est le dernier fratrie de quatre ; deux garçons et deux filles, il est grandi dans un milieu familiale riche mais modeste, et il présente une trisomie 21.

D'après les parents, c'est après un mois qu'ils ont su que leurs garçon est trisomique.il a été scolarisée à l'âge de cinq ans (15-03-2010).

3-1-L'observation du cas :

D'après plusieurs observations, Nabil est un enfant calme, gentil

Intelligent et sociable. il a une très bonne mémoire et il apprend facilement. Nabil est en éveil 02 et Il communique facilement avec ses camarades.

3.2. L'entretien clinique

L'entretien s'est déroulé au centre psychopédagogique des handicapés mentaux de Bejaia, dans le bureau de psychologue. On a fait le questionnaire avec la mère de Nabil et elle nous a confié que Nabil est le seul enfant trisomique dans sa famille et c'est un enfant non désiré.

Sa mère avait trente-neuf ans quand il est né, c'est après un mois qu'ils ont su que leur enfant est trisomique. L'allaitement de Nabil été au

Sein pendant trois mois et après il prend son lait dans un verre et il ne
Ne développe pas d'autre maladie.

Nabil, est un enfant calme, très intelligent et gâté, Il communique facilement avec ses frères et ses sœurs, il Est trop attaché à sa mère, car elle nous a confié qu'elle ne peut pas vivre sans lui.

3-3- présentation, interprétation et analyse :

Selon le test du dessin de la famille, Nabil présente un retard mental de 2ans, il paraît timide, inhibée, repli, craintif et il a une certaine immaturité et une certaine insécurité.

Il a des fixations dans le passé, il est spontané face aux émotions, car il se montre infantile et inhibé, déprimé, et il a de refoulement.

A partir de son dessin, Nabil a un dessin d'un enfant âgé de 1 à 3 ans, comme il s'identifie à celle-ci, il a une bonne adaptation, une maturité, un contrôle et une rationalité.

Sa mère a un investissement très important dans ses représentations pour l'objet, pour son aspect soit protecteur ou rassurant.

Cet enfant vit un mal-être, il a des tendances régressives, et s'identifie à son frère comme il a un conflit avec son père.

Il est immature, et il a une régression, et il nie la réalité pour retrouver le monopole de l'affection de ses parents.

Enfin, Nabil est en état dépressif et il se défend contre la dépression.

Conclusion :

Cet enfant présente un développement affectif normal qui est expliqué par un investissement très important dans ces présentations pour l'objet et pour son identification à son frère.

Discussion de l'hypothèse :

Les résultats obtenus de l'entretien semi-directif et du dessin de la famille présentée pour les enfants trisomique ayant un retard mental

L'hypothèse stipule que les enfants trisomiques ont un développement affectif normal.

Effectivement, les trois cas ont confirmé notre hypothèse dans le cas d'ikram :

Qui a un développement affectif normal, elle s'identifie a sa mère,elle a un investissement très important dans ses représentations pour l'objet, elle s'identifie à la réalité, et elle a une bonne adaptation, une maturité ,un contrôle et une rationalité.

Dans le cas de Younes :

Cet enfant s'identifie à son père, il a une bonne adaptation, une maturité, un contrôle et une rationalité.

Et dans le cas de Nabil :

Nabil s'identifie à son père mais il a des tendances régressif, il a une bonne adaptation, une maturité é, un contrôle et une rationalité.

La cohésion entre les résultats obtenus dans l'entretien est celle du test dessin de la famille.

Les résultats obtenus de cette analyse ont confirmés l'hypothèse par apport à cette population d'étude.

Conclusion :

Dans cette étude intitulée « le développement affectif chez les enfants trisomiques 21 », qui a été réalisée au sein du centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Bejaia.

Il est important de savoir que l'anomalie génétique pèse très lourd sur les possibilités développementales de l'individu : nous avons parlé de certaines des nombreuses difficultés du développement de l'enfant trisomique 21.

Comme pour tout être humain, le milieu dans lequel il grandit, les soins et l'attention qu'il recoit, la société qu'il l'accueille et toutes les personnes qui le côtoient vont être des facteurs déterminants qui permettront ou non à l'enfant trisomique de se développer, de vivre et de grandir avec son handicap dans les meilleures conditions possibles.

Nous ne pouvons pas actuellement soigner l'anomalie génétique, mais nous pouvons soigner le contexte de vie de l'enfant trisomique. Pour y parvenir, il est nécessaire de connaître les particularités de chaque enfant, d'adapter l'environnement pour favoriser son meilleur développement.

Enfin, les travaux de l'étude devraient permettre de mieux comprendre l'étiologie de ce trouble, en précisant les facteurs qui causent et provoquent le trouble de développement affectif chez les enfants trisomiques 21.

Annexes

Guide d'entretien

Annexe :

Le guide d'entretien

***Axe 01 :** Informations personnelles

NOM :

AGE :

PRENOM :

SEXE : fille:

Garçon :

Antécédents médicaux :

***Axe02 :**

Prise en charge : Eveil 02

***Axe03 :** Le développement affectif chez les enfants trisomiques.

1-cet enfant est-il un enfant désiré ou non désiré ?

.....
.....
.....

2-Vers quel âge la mère a eu cet enfant ?

.....
.....

3- La naissance de cet enfant est –elle une naissance normal ou une naissance césarienne ?

.....
.....
.....

4-Est-ce qu'il a déjà développé d'autres maladies ou non ?

.....
.....
.....

5-Est-ce que les parents souffrent de la malformation de l'enfant ou non (normal) ?

.....
.....
.....
6-L'allaitement est-elle au sein de la mère,artificielle ou mixte ?

.....
.....
.....
7-Combien de frères et sœurs a-t-il ?

.....
.....
.....
8-Une fois chez lui, est-il calme ou il aime faire du bruit etc. ?

.....
.....
.....
9-Est-ce qu'il arrive à être autonome ou il a toujours besoin de l'aide d'un membre de la famille?

.....
.....
.....
10-Vers quel âge a-t-il eu son premier sourire ?

.....
.....
.....
11-Est-il sociable (parle, joue avec ses frères et sœurs) ou préfère t'il s'isolé dans son coin ?

.....
.....
.....
12-Est-ce qu'il demande de l'aide « la mère » quand un obstacle le dérange ou préfère t'il se débrouillé seul comme une grand ?

.....
.....
.....
13-Comment décrivez-vous le comportement de votre enfant ?

14-Est-ce que c'est un enfant attentionné ou non ?

.....
.....

15-Est-ce que c'est un enfant qui aime imiter les personnes et qui aime découvrir les choses ou non ? (qui s'intéresse)

.....
.....
.....

16-Une fois avec ses frères et sœurs ou ses amies ,est ce qu'il s'intègre facilement avec eux ou trouve t'il des difficultés à s'intégrer ?

.....
.....
.....

17-Est-ce que vous faites la différence entre cet enfant trisomique et ses autres frères ou vous le considéré comme ses autres frères (normal) et vous ne faites jamais de la différence entre eux ?

.....
.....
.....

18-Est-ce que son éducation est assez particulière par rapport au autres frères et sœurs ou elle est comme celle des autres enfants et vous n'avez rien modifier?

.....
.....
.....

19-Est-ce que c'est le seul enfant trisomique dans la famille ou bien il n'est pas le seul ?

.....
.....

20- Est-ce que vous communiquez facilement avec lui ou vous trouvez des difficultés à vous exprimer devant lui ?

.....
.....
.....

21-En deux mots, Comment vous décrivez vous votre relation avec votre enfant ?(la relation mère enfant) ?

.....
.....
.....

Dessins de test de la famille

**La liste
bibliographique**

LA LISTE BIBLIOGRAPHIQUE :

OUVRAGE :

- Alain Vanier, 2005 : éléments d'introduction la psychanalyse, Arman colin.
- Benony, H. (2005), « Le développement de l'enfant et ses psychopathologies ».
- Bernard Glose, 2008 : développement affectif et intellectuel de l'enfant. Compléments sur les émergences du langage, Masson.
- Colette Jourdan, Lonescu et Jean Lachance, 2008 : Dessin de la famille, présentation, grille de cotation, éléments d'interprétation, centre de psychologie appliquée, paris.
- D.W. Winnicott, 1975 : « La créativité et ses origines », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.
- F.Ladame, M.Perret-Catipovic.1998 : *Jeu, fantasme et réalité*, le psychodrame psychanalytique à l'adolescence, masson .
- Freud A. (1946) : « le moi et les mécanismes de défenses » .Presses Universitaire de France, paris.
- Georges Cognet, 2011 : comprendre et interpréter les dessins d'enfants, DUNUD, Paris
- Isabelle Ammann, 2007 : Trisomie 21, approche orthophonique, Repères théoriques et conseils aux aidants. Collection Guidances pour tous.
- M.Cuilleret, 2007 : Trisomie et Handicaps génétique associés, Potentialités, Compétences, Devenir.5ème édition, Paris : Masson.
- Michèle Guidetti, Catherine Tourette, 2008 : Handicaps et développement psychologique de l'enfant, 3ème édition.

-Samuel Gonzales-Puell, 2014 : Comprendre les déficiences intellectuelles sévères et profondes. Approche diagnostique et évolutive à l'âge adulte. L'Harmattan.

-Samuel Gonzales-Puell, 2014, L'approche thérapeutique des déficiences intellectuelles sévères et profondes, Approche diagnostique et évolutive à l'âge adulte. L'Harmattan.

DICTIONNAIRE :

-Henriette Bloch, Roland Chemama, Eric Dépret, Alain Gallo, Pierre Leconte, Jean-François Le Ny, Jacques Postel et Maurice Reuchlin, 2011, LAROUSSE.

-Norbert Sillamy (1980). Dictionnaire de psychologie. Paris : Bordas.

-Norbert, S. (1983), Dictionnaire usuel de psychologie .Ed. Bordas, Paris.

-Patrick Brun, 2012 : Du nouveau dans la psychologie, Champ social