

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département: Des Sciences Sociales
Option Psychologie Clinique

Mémoire de fin de cycle

En Vue de l'Obtention du Diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème

**La relation des acquisitions de l'enfant trisomique 21
avec l'investissement parental
Etude clinique de sept (07) cas réalisé
« Au niveau de CMP de Timzrit »**

Réalisée par:

M^{elle} BOUYAHMED Ourda

M^{elle} CHANAI Fouzia

Encadré par:

M^{me} DOUAKH. Alima

Année Universitaire: 2014 / 2015

Remerciements

On tien à remercier le bon dieu qui nous donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail ;

Notre promotrice M. **DOUAK.A** ayant assisté pour nous tout au long de cette expérience et de pédagogie.

Un remerciement à M. « **BOUHOUI** » qui a travaillé en collaboration avec notre promotrice.

On remercie l'ensemble du groupe de la bibliothèque.

On tien à remercier l'ensemble de personnels du service de centre des inadaptés mentaux de Timzrit,

Un remerciement aux enfants ainsi que leurs parents méritant tous les respects.

On tient ainsi a remercié notre famille qui a été toujours à nous cotés

Dédicace

Je dédie ce travail :

A mes chers parents, mes frères Soufiane, faouz, krimo, ainsi qu'à mes soeurs Karima et Ratiba, qui m'ont soutenu et encouragé tout a long de mon cursus surtout ma très chère maman.

A mes cousins et cousines ;

A mes amies : Dalila, les deux Fatima, ahlem ;

A ma binôme fouzia ;

A tous les gens m'ayant soutenu de près ou de loin dans l'élaboration de ce mémoire, ainsi qu'à tous ceux qui me connaissent.

« Ouarda »

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

-Ma très chère maman, Louisa, qui m'a encouragé et soutenu tout au long de mon parcours d'études ;

-Mes sœurs : Zoubida, Naziha, Fadhila, Zahoua, Rezkia, Nabila Djaouida, Rachida, Fatma

-A mon unique frère : Faredjallah

- A mes beaux frères : Abd-Anour Nadir, Nadir, Saïd, Farid

-Mes neveux et nièces : Hocine-Massine-Anaïs-Aksel-Marouane

-Mes amis : Samira, Touas, Linda, Samou, Asma Katia, Sara, Kahina, Roufia, Iyes Farouk, Abbas, Lila Ouardia, Naima Ahlem Rim, Ouarda Assia Rania ...

-Pour tous les éducateurs ; éducatrices du centre, Lyes, Souad, Marina, Linda, Siham

-Les enfants de centre psychopédagogique pour enfants handicapés

Mentaux de TIMEZRIT

« Fouzia »

Sommaire

Introduction

PARTIE THEORIQUE :

1-Problématique et hypothèses	05
2- Définition des concepts clés	10
3- objet de notre recherche	10

Chapitre I : Trisomie 21

Préambule	15
1-L'historique	15
2-les formes cliniques de trisomie 21	16
3 Caractéristique de l'enfant trisomique	17
4- - Etiologie	18
5-Les problèmes de santés spécifiques	19
6-La trisomie et déficience mentale	20
7 -Développement psychologique des enfants trisomiques	21
8- Prise en charge :.....	23
9-Un suivi médical	28
Conclusion	29

Chapitre II : Les acquisitions de l'enfant trisomique

Préambule	31
1- L'autonomie.....	31
2 - L'acquisition de langage	32

3- L'acquisition psychomotrice	35
3- La marche	35
4 -L'acquisition psychoaffective	36
5 -L'acquisition cognitive et intellectuelle	37
6 -l'acquisition sociale	41
7- Les processus intervenant dans les acquisitions de l'enfant trisomique ...	42
Conclusion.....	44

Chapitre III : L'investissement parental

Préambule	46
1-L'annonce de handicap	46
2- Narcissisme des parents.....	47
3-L'ajustement familial au handicap.....	48
4-Les styles des parents.....	49
5-le type de parent.....	49
6-L'investissement parental	50
7-La sensibilité parentale	53
8-Les types d'investissement parental	55
9- Accompagnement parental	60
10- Les interactions au sein de couple.....	61
11- Les interactions avec et au sein de la fratrie.....	62
12-La socialisation de l'enfant	62
Conclusion	64

PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : partie méthodologique

Préambule :.....	67
1- Définitions des concepts clés	67
2- La pré enquête	68
3- La méthode utilisée.....	68
4- Le groupe d'étude	69
5- Le lieu de la recherche	71
6- Les outils et les instruments de la recherche.....	72
6-1 L'entretien clinique	74
6-2 la grille d'évaluation des acquisitions effectuées avec l'observation clinique	75

Chapitre V: Analyses et discussions des résultats

Préambule :.....	78
1-Présentation et analyses des résultats selon les cas.....	78
2-discussion des hypothèses.....	120
Conclusion	124

Bibliographie

Annexe

La Liste des tableaux :

N° de Tableau	Titre du Tableau	La page
N°01	Tableau récapitulatif de notre groupe d'étude.	71
N°02	Analyse de la grille d'évaluation de « W »	83
N°03	Analyse de la grille d'évaluation de « B.D »	89
N°04	Analyse de la grille d'évaluation de « S »	95
N°05	Analyse de la grille d'évaluation de « A.R »	100
N°06	Analyse de la grille d'évaluation de « L »	105
N°07	Analyse de la grille d'évaluation de « R »	112
N°08	Analyse de la grille d'évaluation de « A »	118

Les abréviations :

-Cecos : Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain.

-ECSP (évaluation de la communication sociale précoce)

- INSP: institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

-CMP : centre médical pédagogique.

Introduction

Introduction :

La trisomie 21 est une anomalie due à une aberration chromosomique résultant d'une anomalie du nombre des chromosomes. En effet, la cause est la présence de 47 chromosomes dans les cellules, au lieu de 46 rencontrés chez une personne normale. Chez l'humain, les cellules du corps contiennent 46 répartis en 23 paires. Parmi celle-ci, 22 paires sont constituées d'autosomes et une paire de chromosomes sexuels (XX chez la femme et XY chez l'homme). La trisomie 21 est causée par la présence d'un chromosome supplémentaire au niveau de la paire 21 ; C'est pourquoi on l'appelle trisomie 21.

Ces enfants auront un développement comme toutes autres enfants ordinaires, mais de façon plus lente que soit dans tous ces acquisitions quotidiennes ou cognitive, sociale ou dans d'autres domaines, mais cela nous se fait pas par eux même, ils ont besoin d'être stimulés, encouragés, récompensés et les limiter, et d'être soutenus par leurs parents qui sont en première lieu car ils restent l'unité fondamentale dans leurs investissements au cours de leur vie, de mener un accroissement harmonieux et puissent avoir des potentialités et les compétences afin d'être indépendants et de s'intégrer dans leurs entourages.

La présence de l'enfant trisomique au sein de la famille, bouleverse son fonctionnement, ses désirs, ce qui induit une instabilité dans sa structure, et il représente un changement majeur dans son mode de vie, et cela dès l'annonce de son diagnostic.

Son arrivée au sein de la famille, constitue un changement important dans la vie d'un couple et subit des répercussions notable perturbant les relations entre les parents : elle implique notamment un nouveau partage des responsabilités entre les parents.

EN (2006), le conseil de l'Europe définit la parentalité : « elle implique un ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes

de jouer leur rôle de parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant sur le plan physique, affectif, intellectuel et social » (Inpes.2010, p 1)

Pour cela les parents doivent prendre soin de cet enfant, et assurer son développement par un ajustement entre la vie conjugale et la fonction parentale. Les parents doivent répondre à la nécessité de leur enfant ; de l'accepter parmi eux malgré son handicap, le respect envers lui, aimé dans son individualité, faire répondre aux besoins de leur santé, leurs besoins éducatifs, se faire aussi sur la base de leur sécurité, et lui faire apporter une chaleur émotionnelle, le stimuler, le guider, lui apporter des limites, le faire intégrer parmi sa famille et son entourage.

Nous avons choisi de réaliser notre mémoire de fin d'études, parce que nous sommes enthousiastes face au domaine du handicap, il est très intéressant pour but de développer nos connaissances, et de ramener de nouvelles suggestions c'est si possible.

Notre rôle en tant que psychologue clinicien, est d'amener l'enfant en situation de handicap à ce libère dans leurs désarrois et de faire mener une vie la plus normale que possible et de s'adapter au sein de leur société sans obstacles.

Il est nécessaire de tenir compte des limites de chacun, de leurs confusions, de leur environnement et de ne pas vouloir dissimuler leur handicap ainsi que leur personnalité.

Pour cela dans notre recherche on s'intéresse aux acquisitions de ces enfants au cours de leur accrosissements et plus particulièrement, à l'investissement que les parents portent à l'égard de leurs enfants et ses conséquences sur le processus de leurs évolutions.

Notre travail se compose de deux grandes parties complémentaires, Une première partie théorique et une autre pratique :

- La partie théorique est constituée de trois chapitres, le premier Chapitre est consacré à la pathologie, ce qu'est la trisomie 21, le deuxième

Chapitre concerne les différentes acquisitions qu'un enfant trisomique 21 acquit pendant son accroissement, et le troisième et le dernier s'agit de l'investissement parental envers leurs enfant trisomique.

- La partie pratique qui est aussi divisée en deux autres chapitres, le

Premier est consacré à la méthodologie de la recherche suivie durant notre étude,

Et l'autre chapitre qui est consacré à la description, et l'analyse des résultats.

Enfin une conclusion générale de ce mémoire, sous forme d'une synthèse des hypothèses, et des propositions pour améliorer cette recherche.

1-La problématique et hypothèse :

Quoi de plus merveilleux de voir un enfant peu à peu s'éveiller à la vie ? Faire assister à ses premiers mots, à ses premier pas, le voir découvrir le monde et s'ouvrir aux autres.

La famille constitue le lieu de ses première émotions, de ses premières échanges ; le membre de groupe familial sont les premiers autre auxquels l'enfant sera confronté ; c'est dans ce premier milieu que vas se constituer le fondement de son organisme comportemental, Le milieu lui fournir les soins nécessaires à sa survie tant physiologique que psychologique.il doit soutenir son premier développement, le protéger des agressions.(Baudier. A, 2010, p, 111-112)

Tous cela vas modifier la dynamique familiale et émouvoir le couple parental, tous cela générant des conduite d'agrippement et d'attachement les uns envers les autres. Il arrive que cette enfant soit différent pas comme les autre, bizarre, malformé, en retard...comme y peu s'agir d'une maladie génétique ; tel la trisomie 21 dont laquelle sera le sujet de notre recherche.

Enfant trisomique ce n'est pas une maladie, il est due a une aberration chromosomique peuvent porter sur les nombres des chromosomes en trop ; Rondal le définit tel « le mongolisme n'est pas une maladie, c'est un état, un ensemble d'altération causées le développement physique et mental du sujet par un chromosome en trop, cet état appelé ainsi syndrome a pour conséquence de limiter le potentiel de la personne qui présente.»(Rondal.J et al ,1982, p, 21)

C'est un enfant qui apprend continuellement et il développe en permanence ses connaissance comme le ferait un individu normal mais il fait plus .cela signifie qu'il faut adopter les apprentissages au rythme d'acquisition des connaissance de l'enfant, lui faciliter le travail, le stimuler fréquemment et

l'encourager ,c'est un enfant qui peut apprendre et progresser considérablement si on lui donne le temps et les moyens .(Guidetti .M ,1999,p, 2)

Vue aux difficultés quotidiennes que cet enfant trisomique rencontre au cours de son développement, ses troubles associés,...etc., les seules personnes qui trouveront à ses côtés sont les parents qui jouent un rôle primordial dans son développement ; Weil. A indique que « la famille est le premier milieu de l'enfant, handicapé ou non. C'est dans ce cadre qu'il construit ses premiers liens affectifs et sociaux, c'est là où il effectue ses premiers apprentissages ». (Weil .A, 2008, p, 152)

Malgré qu'au tout début le venant de cet enfant handicapé est vécu comme un changement bouleversant la vie des parents, de fait de son impact, sur l'image de couple et sur la vie toute entière, que les traces ne s'effacent jamais, ou moins tant qu'ils sont vivants.(Cuillert.M, 2007, p, 47)

Que cette annonce pour eux provoque le plus souvent un effondrement, un choc traumatique qui va désorganiser leur fonctionnement psychique. Et ce même des personnes pas particulièrement fragiles, et sensibles, du handicap, les parents plongent au cœur de la réalité qui devient la sienne propre, et pour toute sa vie : rien ne sera jamais comme avant ; personne ne peut se préparer à un tel événement. Les effets sur la pensée de parent, et donc sur ses comportements; D'un état de sidération au départ, où la pensée se fige, les parents vont progressivement apprendre à faire avec. (Ammann.I, 2012, p, 16)

Lentement un équilibre va se rétablir, s'effectuer un long travail de réorganisation qui va leur permettre d'accepter leur enfant tel qu'il est de construire pour lui un nouveau projet, l'un des parents qui dit « je me suis dit qu'après tout c'était mon enfant, c'est notre enfant...même si ce n'est pas celui qu'on attendait. » (Denormandie.ph, 1997, p, 2)

Des lors les parents doivent être confrontés à la réalité et surmonter les difficultés afin de s'occuper de cet enfant, on le considère comme tout autre enfant avec des particularités, le nommer par son prénom, l'entendre, satisfaire ses besoins, assurer son confort, en grandissant l'enfant va sentir être accepté et regardé avec bienveillance. (Denormandie.ph, 1997, p, 2)

Ils doivent aider leur enfant, de faire ajuster leurs attentes aux potentiels et capacité réelle de leur enfant et faire le nécessaire qui mènera à l'épanouissement personnel. (Ammann.I, 2012, p, 19)

Les parents doivent faire place à plusieurs professionnels. Ce qui va également nécessiter de la part des parents une capacité d'accueil, de confiance, d'ouverture, qui peut demander un effort de confier le plus possible l'éducation de leur enfant aux professionnels. de plus faire adapter au rythme des échanges, adapter peut être sa façon de parler, adapter ses attentes en fonction de type de difficultés de l'enfant. (Ibid. P, 22)

Et même les parents vont l'aider à tenir assis, mettre debout, à marcher convenablement à monter les escaliers, à rouler une bicyclette, à pratiquer des activités sportives, à contrôler leurs sphincters, à apprendre à parler de certaines façons, et même lui apprendre à lire et écrire nombre de mots et d'expressions usuels et utiles pour leur vie de tous les jours au cours de son développement. (Rondal .Jet al, 1982, p, 86)

Ils vont l'aider à accéder à l'autonomie qui se base par la confrontation répétitive à différentes situations et l'autodétermination ; d'élaborer et d'exprimer ses choix personnels tel formuler des envies, préférences, prendre des décisions, fixer des objectifs. (Benedicte .F, 2007, P, 279)

Ils s'occupent de lui de manière beaucoup plus constante, ils sont attentives à plus de choses, même à des tas de petits détails vis-à-vis de son enfant surtout ; ses

rôles assurent beaucoup plus par la mère par contre le père est d'avantage présent dans la prise de décisions de responsabilité.(Zribi.G, 2005, P,88)

Les parents doivent faire attention a une relation existe entre l'enfant déficient et ses frères, qui constitue une relation complémentaire, c'est la seul à pouvoir ménager un espace relationnel au sein de leur famille, ou le jeune enfant en difficulté à la possibilité de s'épanouir avec ses frères et ses sœurs. (Ringler.M, 2000, p, 98)

Le milieu familial joue un rôle majeur dans le développement social de l'enfant, il propose par l'intermédiaire de relation entre les membres, de s'approprier les usages et les normes qui règlent les conduites en société.

(Mallet. P, 2003, p, 88)

Que les parents doivent médiatisés les relations de son enfant avec les personnes extérieures à la famille et avec les diverses institution qui le prennent en charge : les établissements spécialisés et même le service de soins. (Ringler.M, 2000, p, 101)

Ces expériences et ses apprentissages dépendent largement es conditions dans laquelle le sujet se développe par un milieu plus adéquate ; une affection de l'entourage envers lui et l'habilité de ceux-ci a lui créé un environnement stimulant. (Guidetti.M,1999,p, 02)

De nombreux recherche ont été faite sur les souffrances des parents d'enfants handicapés tel que « Marie Goffinet » dans sa thèse de doctorat en 2008 en médecine a l'université Claude Bernard-Lyon sous le titre « le vécu des parents de personnes trisomique 21 et les attentes vis-à-vis le médecin traitant »En expliquant leurs réaction face a cette anomalie de cette enfant.

D'autre recherche psychologique tel « Maud Mannoni » dans ses travaux il montre que cette enfant déficient est un objet d'angoisse pour sa mère,

« chaque femme face a repère d'identification qui lui en fonction de ce qui la marqué » (Mannoni.M ,1964, p, 31)

Ainsi « Cuillert.M » dans ses œuvre travaux; il indique s l'enfant trisomique et la réaction des parents face a cette non-attendu. Mais aussi sa prise en charge, ses potentialités, ses compétences, et son devenir.

Par cette recherche on va tenter d'aborder la question d'aborder la question de relation des acquisitions de l'enfant trisomique avec l'investissement parental ; ce qui nous as poussé à poser la question suivante dont on va répondre a travers cette étude.

1- L'investissement parental sera-t-il un noyau des acquisitions que enfant trisomique accède au cours de son développement ?

Hypothèse :

1- l'investissement parental est le noyau des acquisitions que l'enfant trisomique accède au cours de son développement.

2-les concepts clé :

2-1Trisomie 21 : au ; Downs syndrome :

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, le terme trisomie « Aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologique, neuro- motrice, métabolique, immunologiques et une déficience intellectuelle ». (Bloch.S, 2011, p, 968)

Selon le dictionnaire de la psychologie « la trisomie21 Aberration chromosomique consistant en la présence surnuméraire d'un autosome : l'un chromosome figure en trois exemplaires au lieu de deux ». (Sillamy.N, 2003, p, 273)

Selon Donnai dans son ouvrage « génétique médicale » ; définit « c'est l'anomalie de caryotype dans laquelle un chromosome est présent en trois exemplaires (le sujet a donc 47 chromosomes) le terme de trisomie partielle est parfois utilisé pour désigner le résultat de duplication d'une partie de chromosome. (Donnai.R, 2009, P, 32)

2-2 l'Acquisition :

Selon le dictionnaire le terme acquisition « il y a deux formes de base acquisition des connaissances : apprentissage par découverte à partir des situations d'exploration et des résolutions des problèmes, et l'apprentissage par l'instruction ».

Dans cette dernière il s'agit des connaissances se sont présentées de façon générale sont organisées à partir d'une logique propre qui est celle de la cohérence entre l'information et de l'intégration aux connaissances déjà possédées. Et l'apprentissage par résolution des problèmes ; les connaissances sont construites progressivement à partir du contexte particulier de la tâche ; se sont donc des connaissances spécifiques et qui sont organisées non pas à partir d'une logique interne, mais à partir des problèmes rencontrés. (Bloch.S, 2011, p, 15)

Selon le dictionnaire encyclopédie de l'éducation et de la formation ; l'acquisition des connaissances : « activité qui comprend la construction de représentations et de mémorisation de celle-ci. Les informations que nous recueillons dans notre environnement donnent lieu à l'élaboration d'une représentation de cet environnement. À cet effet, nous établissons des liens entre les informations mais également entre ces informations nouvelles et les informations anciennes que nous possédons déjà ». (Champy.P, et al, 2002, p, 34)

Selon le dictionnaire fondamentale de psychologie ; l'acquisition est « accroissement des connaissances et modification des comportements intervenant au cours de développement » ; Le processus d'acquisition s'applique d'une manière très générale à des compétences, des connaissances des habilités qu'un individu se procure au cours de son existence. (Bloch.S et al, 2002, p, 09)

2-3 l'investissement :

Selon le grand dictionnaire de psychologie : mobilisation et transformation par l'appareil psychique de l'énergie pulsionnel ayant pour conséquence d'attacher cette dernière a une ou plusieurs représentations inconscientes.

(Bloch. H, 2002, p, 499)

Investissement : toute action faite pour obtenir un bénéfice. Un investissement se mesure en termes de couts. (Gouillou.P, 2014, p, 207)

Selon Zribi ;Le processus de construction de la personnalité s'inscrit dans la dynamique du projet élaboré, consciemment ou non, par tout parent é l'égard de son enfant.

Ce projet mêle les représentations que les parents portent de l'avenir, du destin de leur enfant ; il implique une dimension sociale où s'unissent voir s'opposent les valeurs, les normes, les habitus, les aspirations du milieu familial et social.il s'inscrit et inscrit l'enfant, dans l'histoire de sa famille.

Face au projet parental, l'enfant construira son propre projet, adhérant modifiant, rejetant ou trahissant les valeurs et les représentations familiales.

(Zribi.G, 2005, p, 32)

2-4 l'investissement parental :

Selon Dawkins 1989 : « tout investissement fit par un parent sur un enfant qui augmente les chances de survie de l'enfant, et donc un succès en matières de production.

Il ajoute : « l'investissement parental se mesure en unité de diminution de l'espérance de vie des autres enfants, nés ou à naître, voir effort d'accouplement ». (Gouillou.P, 2014, p, 207)

3-L'objet de notre recherche :

Notre recherche a pour Objet, en premier lieu ; de faire savoir qu'un enfant trisomique peut-il - accéder aux différentes acquisitions dans leur vie, et avoir un développement serein. Et en deuxième lieu ; faire décrire le rôle des parents et leur investissement vis-à-vis des acquits de leurs enfants.

Partie théorique

Chapitre I

Trisomie 21

Préambule :

La trisomie 21 ; liée à la présence d'un chromosome 21 en triple exemplaire, cette affection chromosomique la plus fréquente a l'origine de retard mental désigné initialement sous le nom de "mongolisme" ou "idiotie mongoloïde" Notre chapitre contient la définition de trisomie 21, l'historique, les formes, Les facteurs de risque, les problèmes de santé spécifique, et enfin on arrive à la prise en charge et le traitement médical.

1-L'historique :

Les premières traces historiques répertoriées d'humains atteintes de trisomie furent retrouvées à Lyon par les études menées sur des restes osseux humains au moyen- âge, mais à ce moment là ces personnes malades n'avaient aucun statut particulier. Un cheminement chronologique retrace bien les faits matériels. (Cuillert.M ; 2007, p.04)

1758 : J-F. Esquirol, parle dans ces écrits d'enfants atteintes, qu'il qualifie ensuite d'idiote incurable.

1840 -1885 : E. Seguin repèrent le travail et d'Esquirol et cherche à démontrer les potentialités des ses enfants handicapés mentaux, en créant à Paris la première école recevant ces enfants qu'ils vont éduquer, et aussi corriger un programme de travail concret pour ces enfants.

1866 : John Lang Down, médecin anglais, publia un article intitulé « observation sur une classification éthique des idiots » ; dont-il classe les idiots selon les caractéristiques physiques et éthiques, et dans lequel il donne une description clinique sur la maladie qu'il s'appelle « idiots mongoloïdes »

(Rondal.J. 1982,p .21)

Après la classification internationale de diverses maladies, la trisomie 21 porte le nom de « syndrome de down », et en (1939) ; Pinel publie le profil morphologique et psychologique de mongolisme.

1952 ; Bernheim : médecin lyonnais, publie sa théorie qui intitula « des lois du hasard » et où il évoque pour expliquer la naissance d'un enfant mongolien la thèse de l'accident du hasard inexplicée, et ce hors de toutes références sociales et héréditaires.

1959 : publication fondamentale de l'équipe R. Turpin, J. Lejeune, M. Gauthier la mise en évidence d'un chromosome surnuméraire au sein de la cellule permet d'identifier une maladie jusqu'alors inconnue et faire situer le problème à leur vraie place, dont lequel faire savoir comment aider ces personnes concernées. (Cuillert. M. 2007, p7)

2-les formes cliniques de trisomie 21 :

La trisomie 21 est la plus fréquente des maladies génétiques (1 / 650 naissances). Il en existe trois formes :

2-1- trisomie 21 homogène ; (libre) ; où il existe trois chromosomes 21 bien individualisés au sein de la cellule (80% des cas). (Cuillert. M, 2007, p19)

L'erreur de distribution survient avant la fertilisation ou lors de la première division cellulaire, c'est la forme de trisomie la plus fréquente. (Gudetti. M et al, 2004, p116)

2-2-la trisomie 21 M (mosaïque) : accident tardif des divisions cellulaires où se retrouvent, chez le même individu, des cellules ayant un chromosome supplémentaire et d'autres qui ne sont pas touchés (16%). (Cuillert. M, 2007, p19)

Il s'agit d'une erreur de distribution des chromosomes lors de la deuxième ou troisième division cellulaire dans ce cas l'embryon se développe dans un mélange, une mosaïque de cellules normales contenant 46 chromosomes et des cellules trisomiques. (Guidetti .M, et, al, 2004, p116)

2-3-la trisomie 21 T (translocation) : ou seul un des chromosomes 21 est atteint par une surcharge génétique (4%). (Cuillert.M, 2007, p19)

L'ensemble ou une partie du chromosome est rattachée à une partie ou à la totalité d'un autre chromosome. (Guidetti.M, 2004, p116).

3-Caractéristiques de l'enfant trisomique:

Les enfants trisomiques se rassemblent tous d'une certaine manière et leurs caractéristiques physiques sont pour la plupart présentes à la naissance. On peut les identifier dès ce moment, chaque enfant trisomique est comme chaque enfant normal, ses particularités propres et qu'il présente rarement tous les caractéristiques mentionnées ci-dessous.

L'apparence physique :

- ✓ Une petite tête.
- ✓ Un petit nez.
- ✓ Les yeux légèrement bridés.
- ✓ L'iris pouvant porter des taches colorées dans sa partie externe.
- ✓ La bouche et les oreilles sont petites.
- ✓ La langue peut être de taille normale ou légèrement supérieure à la normale.
- ✓ Des petites dents parfois mal formées ou mal implantées.
- ✓ Le cou souvent fort.
- ✓ Des petites mains et des courts doigts.
- ✓ Les pieds peuvent montrer un écart, plus grand que la normale.

- ✓ La peau apparaît souvent marbrée, facilement sèches.
- ✓ Les cheveux sont plus souvent fins, plats, et rarement abondants.
- ✓ La taille inférieure à la moyenne.
- ✓ Le poids est en général inférieur à la moyenne
- ✓ La circonférence de la tête tend à être inférieure à la normale. (Rondal.J et Lambert .J, 1982, p 43-44)

4-Etiologie :

Les facteurs étiologiques 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 intrinsèques et des facteurs extrinsèques qui sont par suite :

4-1 Facteurs intrinsèque :

3 à 5% des cas trisomiques sont d'origine héréditaire, cela concerne d'abord les enfants trisomiques nés de mères trisomiques (la probabilité de 50%); il existe ensuite les familles où l'on trouve plusieurs enfants trisomiques, ces cas sont heureusement peu fréquents.

Les cas de translocation chez le père ou la mère concernent 5% des cas de trisomie. D'autres cas peu nombreux également concernent la transmission des parents à l'enfant ou l'un des parents, phénotypique (sur le plan des caractéristiques individuelles) normal, présente une structure chromosomique en mosaïque.

Facteurs liés à l'âge maternel, la survenue d'un enfant trisomique est plus fréquente après les 35 ans de la mère. La probabilité de donner naissance à un enfant trisomique passe de 1 pour 1500 avant 30 ans, à 1 pour 900 entre 30 et 35 ans, entre 35 et 38 ans, le risque est de 1 sur 300, à 38-39 ans, il est de 1 sur 150 et enfin de 1 sur 60 après 40 ans.

Ainsi le risque pour l'enfant conçue à partir du sperme d'un homme de 45 ans est identique à celui de la femme à l'approche de la quarantaine ; les Cecos, ont déjà pris la décision de ne plus accepter de sperme d'homme d'âge supérieur à 45 ans

4-2 Les facteurs extrinsèques :

Sont beaucoup moins fréquents et peuvent se combiner aux facteurs intrinsèques ; ils concernent la radiation (pour des raisons professionnelles d'habitat, accidentelles, lors d'examen médicaux), l'effet génétique des virus (on fait cette hypothèse en cas de l'hépatite et de la rougeole), des agents chimiques mutagènes, divers facteurs immunobiologiques, certaines déficiences en vitamines. (Guidetti .M, et al.2004, p 118-119)

5- Les problèmes de santé spécifiques :

Les personnes trisomiques peuvent éprouver des pathologies que l'on rencontre plus fréquemment ; Elles sont souvent secondaires à l'hypotonie et à l'hyper laxité ligamentaire ; parmi ces problèmes spécifiques on cite :

1- Des anomalies cardiaques : Le développement et la mise en place des structures organique du cœur ne se fait pas normalement pendant la période habituelle de développement du cœur. Le problème consiste le plus souvent à l'ouverture, maintenue là ou elle devrait disparu et qui met en relation les deux parties latérales du cœur.

Si cette ouverture est importante, le fonctionnement de la pompe cardiaque est profondément perturbé et la vie de l'enfant est gravement mise en danger dès la naissance. (Rondal-.A 1982.p50)

2- Des problèmes digestifs (sténose, imperforation anales ...etc.)
Un blocage digestif peut survenir au niveau de l'œsophage ou duodénum

(première partie de l'intestin grêle après l'estomac), dès que l'enfant commence à s'alimenter. (Rondal-A 1982.p50)

3-Des complications orthopédiques liées à l'hypotonie.

4-Des complications hyoïdiennes : Responsable d'un ralentissement d'une aggravation de l'hypotonie.

5-Des complications sensorielles :

Il s'agit de la vision et de l'audition. Les deux yeux se mettent un temps relativement long à coordonner leurs activités. Il a un strabisme marqué qui peut s'installer et persister longtemps. Parmi les autres problèmes qui frappent les sujets trisomiques citons : la myopie et la cataracte c'est-à-dire un obscurcissement progressif du cristallin qui gêne puis empêche la vision. Ils souffrent souvent de pertes auditives variées, le plus souvent de légères à modérées ; mais cela peut souffrir à gêner considérablement l'enfant dans sa prononciation. Des otites à répétition peuvent finir par endommager le tympan et la chaîne des osselets. (Rondal.1982, p.48-49)

6-Obésité : erreurs alimentaires et boulimie compensatrice.

7- Complications hématologiques : leucémie quinze fois plus fréquentes de mauvais pronostic. (Henri.P ;2010, p.419)

6-La trisomie et déficience mentale :

La déficience mentale est un ensemble de difficultés touchant de façon spécifique les sphères neuro-centrales et intellectuelles. Elle influe sur le développement intellectuel de la personne, sur le développement de la personnalité dans les domaines intellectuels, psychoaffectifs, et comportementaux. (Cuillert ; 2007.p.16)

La présence d'une trisomie 21 va engendrer une déficience mentale plus au moins importante. En principe la moyenne de l'efficiences intellectuelle pour cette population se situe aux alentours d'un QI de 40-45. le QI maximum 65-79.

Fischler et Koch(1991) ont cependant retrouvé un large recouvrement des QI chez les sujets porteurs de trisomie libre et chez les sujets porteurs d'une trisomie en mosaïque (16% du premier groupe étudié et 36% ont un QI supérieur ou égal à 70), bien que la moyenne de second groupe soit plus élevée. il semblerait qu'il existe aussi une relation entre les caractéristiques somatiques et la mesure de QI.

La croissance mentale est plus lente, particulièrement à partir de 15 ans, et peut se prolonger jusqu'à l'âge de 30-35ans. En effet les troubles spécifiques de l'acquisition du langage compromettant l'évaluation objective du fonctionnement mental réel. Ces mesures devraient être couplées avec une estimation de l'adaptation sociale et tenir compte de l'environnement du sujet. (Noack,N ; 1997.p2)

7-le développement psychologique des enfants trisomiques :

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

7-1Le développement psychomoteur :

Il se caractérise par une hypotonie particulièrement dans les premières années. Ceci à une incidence sur la disparition tardive des reflexes archaïque, sur le strabisme, et sur le retard de la marche acquise, et également des conséquences au niveau du développement de la parole, avec une fréquence particulièrement marquée de troubles articulatoires. En contre partie, elle rejailit

aussi sur le caractère des enfants trisomiques qui sont plutôt des bébés calmes, passifs ; plutôt faciles vis-à-vis de leur entourage.(Guidetti.M et al, 2004.P121)

7-2Le développement intellectuel :

Certains travaux notent des déficits spécifiques dans certains processus du fonctionnement cognitif, ces déficits se rajoutent au déficit global et à la vitesse réduite de développement que soit perceptives, que soit discrimination visuelle et auditive inférieure à celle des enfants tout-venant ainsi note déficits dans la reconnaissance au toucher et la reproduction des figures géométriques. On note également un déficit particulier au niveau de la vitesse de traitement des informations perceptives.

Des déficits d'attention qui ont des réponses assez lentes que les enfants normaux, On constate également des problèmes de mémorisation les traces mnésiques persisteraient moins longtemps dans les circuits nerveux de la mémoire à court terme et des faiblesses dans la catégorisation et de codage symbolique. (Guidetti.M ; 1999, p.123)

7-3 le développement communicatif et linguistique :

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 contrôle la fonction respiratoire. Des problèmes au niveau de la voie qui est plutôt grave, et les capacités auditives souvent inférieures à la normale vont rejaillir sur l'acquisition du langage. (Guidetti, 1999, p.123)

7-4Le développement affectif :

Après la petite enfance, le comportement change, comme nous l'avons vu. Que la majorité des cas, des enfants atteints de trisomie est privé d'agressivité et de défiance : il n'a aucun a priori négatif vis-à-vis des autres. Il

est naturellement affectueux, lorsqu'il sourit, il manifeste sa joie et son plaisir sans réserve

C'est des enfants qui adorent faire des câlins et en recevoir. Ils se donnent sans compter, très sensible et intuitif, il perçoit aussi bien la joie que la tristesse chez l'autre. Cela le rend toutefois parfois vulnérable. Une simple remarque dite de façon un peu sèche peut le blesser, le perturber et l'amener à ce que l'on peut appeler une « repli-chagrin ». C'est un grand émotif, un grand inquiet et un rien lui fait peur, un bruit inconnu, un geste un peu brusque. Il a alors besoin d'être réconforté, rassuré, de connaître l'origine du bruit... Par contre, lorsqu'il se cogne, chute ou se blesse, il se manifeste peu et, contrairement à la plupart des enfants, il ne pleure pas. Il est insensible à la douleur, il est important de mettre sur ce qu'il vit et s'est passé. (Laserre. C-B, 2013, p ,7-8)

8- Prise en charge :

Il s'agit d'un suivi harmonique des interventions techniques se font de façon systématique et régulière, C'est un travail accompli avec l'enfant et ses parents qui s'accomplissent en parallèle, dans laquelle les professionnels appelés à agir auprès eux .elle doit être effectuée dans les bonnes conditions, ainsi de s'adapter aux possibilités de chaque parents et de chaque famille, en vue de la meilleure autonomie et insertion sociale possible, en milieu ordinaire. (Renaud. et al ; 2010-2011.p18)

9-La prise en charge est kinésithérapie, psychomotricité, orthophonie, aide éducatrice).

9-1 Accompagnement kinésithérapeute :

L'objectif d'accompagner l'enfant dans son développement neuromoteur et de prévenir les déficits et anomalies de statique qui apparaissent en l'absence de prise en charge du fait de l'hypotonie et de hyper laxité.

Le projet est construit et réévalué régulièrement et individuellement pour chaque enfant en fonction de la prescription médicale et du bilan kinésithérapeute faut solliciter la pratique régulière d'activités physiques qui seront un relais ensuite à la kinésithérapie.

La kinésithérapie est souvent arrêtée à l'âge de la marche alors que les bénéfices à la poursuivre sont majeurs sur la tonicité et la motricité globale, la motricité fine, l'acquisition de l'équilibre, la tonification bucco-faciale. Elle prépare aussi à la pratique régulière d'activités physiques mais il est indispensable de faire régulièrement un bilan moteur et statique pour surveiller l'évolution corporelle et les capacités motrices. (Renaud.tet al ; 2010-2011.p18)

9-2 Accompagnement psychomoteur :

L'intervention motrice doit répondre à la présence d'importantes hypotonie qui révèlent des compétences de kinésithérapeute, celui-ci aura la charge d'adapter son travail à la fois aux besoins moteur et psychomoteurs ; elle tend à limiter l'impact connu des troubles inhérents à la trisomie. De même elle devra induire au rythme de l'enfant, On faisant stimuler, provoqué, éveillé, dont elle assure un bon équilibre futur de la personne. (Cuillert. M.2007,s p, 107)

Objectif est d'aider l'enfant à percevoir et connaître son corps pour ses conduites motrices, mais aussi pour ses conduites expressives ; en estimant ses possibilités, valorisant son potentiel, ses compétences ; son accompagnement afin d'augmenter ses chances d'adaptation, identifiant les périodes sensibles lorsqu'il est confronté à des situations sociales ou d'apprentissage qui le mettent en difficulté. (Renaut.T et al;2010-2011.p19)

L'éducation motrice précoce, c'est en somme l'explication à l'enfant du geste adéquat tout en concevant l'aspect du jeu, toutes en répond à ses besoins précis et faire lui donner un habilité corporelles.

Il faut donc absolument continuer ce travail éducatif durant toute la période de croissance, en le modulant certes selon les âges et les besoins, l'adapter, parfois le suspendre pour quelque temps, mais ne le stopper jamais.

La prise en charge psychomotrice qui se porte sur l'éveil psychique et l'activité motrice qui sont liés pendant la petite enfance. Elle vise à aider l'enfant à s'épanouir dans l'harmonie, de faire acquérir pour lui des équilibres et de l'adresse corporelle qui lui faciliteront l'utilisation de ses acquis moteurs et lui assurent un bien-être corporel.

Une attention particulière est portée sur l'adaptation de l'enfant au sein de la collectivité, sa compréhension des situations sociales, de jeux et sa capacité à construire sa place. (Renaud.T et al ; 2010,.p19)

9-3 Accompagnement orthophonique :

L'intervention doit se faire le plus précocement possible, dès les premiers mois de l'existence et en continuité pendant les premières années. Il est possible de développer l'attention conjointe, d'augmenter la fréquence de vocalisation, d'accentuer l'apprentissage. (Guidetti. M,2004,p ; 126)

C'est un travail d'un orthophoniste, qui porte à la fois sur le langage écrit et sur un langage oral, les deux étant intimement liés. (Cuillert.M,2007, p,171)

Objectif global de cette éducation précoce est, avant tout, d'accompagner un très jeune enfant dans la mise en place de la communication, sans visée normative, et de l'aider, à son rythme, à exprimer, à son rythme, l'ensemble de ses potentialités. L'orthophoniste est là aussi pour aider les parents à mieux interagir avec cet enfant dont l'hypotonie atténue les signes de communication, à savoir utiliser des stimulations, tout en restant les parents de cet enfant, pour lui permettre de prendre sa place d'interlocuteur. (Renaud.T et al, 2010-, p19)

L'orthophoniste peut utiliser conjointement différents systèmes et méthodes d'aide à la communication, basés sur les stimulations sensorielles (le toucher, la vue, l'Ouïe, etc....), sur le gestuelle, les mimiques et l'imitation. Au fil des années, L'accompagnement orthophoniste se poursuit en individuel ou en groupe pour accompagner l'enfant, l'adolescent et l'adulte dans sa scolarité et sa vie sociale et professionnelle qu'elle soit en milieu ordinaire ou protégé. (Renaud.T et al, 2010,p19)

9-5 Accompagnement éducatif :

Période de la vie que va de la naissance à l'entrée à l'école ou dans sa groupe sociale, elle doit être continue dans le temps et rigoureuse. Elle est attentive aux besoins et aux difficultés de chaque enfant, il s'agit d'aider l'enfant à bien évoluer à utiliser ses potentialités. Faire apporter des éléments nécessaires à la construction de l'enfant. (Cuillert.M ,2007,p,89)

Elle implique les parents et les enfants, car c'est le seul moyen efficace pour limiter les comportements réactionnels des enfants face à leurs parents qui va permettre de grandir dans un climat affectif aussi normal que possible. (Ibid. p, 89)

L'accès à la crèche à l'école, au centre au club sportif ne va pas toujours de soi. L'accompagnement éducatif doit alors se centrer sur les milieux de vie de la personne en l'accompagnant, en donnant de l'information aux professionnels de ces lieux ordinaire, et d'être vigilant au réel développement de relations sociales des personnes trisomique à l'intérieur des milieux fréquentés. (Renaud.T et al , 2010,p,21)

9-6 Autodétermination :

Permettre à une personne porteuse de trisomie 21 d'élaborer et d'exprimer ses choix personnels puis de les mettre en œuvre est un enjeu éducatif majeur qui nécessite un accompagnement particulier.

L'action éducative auprès des personnes handicapées doit contribuer à mettre en place ces comportements d'autodétermination. Les éducateurs et accompagnants deviennent des partenaires de la construction personnelle pour favoriser l'acquisition des comportements sous-jacents de l'autodétermination qui sont :

1-l'autonomie : agir en accord avec ses intérêts, ses préférences et ses capacités, d'une manière indépendante.

2-l'autorégulation : pouvoir formuler un problème, prendre des décisions, s'ajuster, s'adapter, ceci implique la possibilité de prendre de risque.

3-l'appropriation psychologique : le sentiment d'avoir les compétences nécessaires pour atteindre les objectifs souhaités.

4-l'auto actualisation ou réalisation personnelle : processus par lequel une personne apprend à tirer profit de la connaissance de ses forces et de ses faiblesses afin d'optimiser son développement personnel.

L'autodétermination, impose de mettre les personnes porteuses de trisomie 21 dans des situations d'expression de souhaits et de décisions personnelles, de façon précoce et fréquente. L'accompagnement éducatif consiste alors à l'aider les personnes à s'exprimer ses choix, à les argumenter et à l'amener à imaginer les manières possibles de les réaliser. (Renaud,T, 2010 p,21)

10-Un suivi médical :

C'est un suivi systématique et préventif, il s'adresse à tous les enfants et adultes atteint de trisomie ou atteint de syndromes assimilés. Un suivi préventif que l'enfant ou la personne ne présente des troubles et qu'il soit confrontée a de pathologies découverts trop tardivement et souvent trop aggravés.

(Cuillert. M,2007, p, 42)

La trisomie ne se soigne pas, mais on peut aider la personne par divers façon, notamment on peut lui assurer un confort et hygiène, ils peuvent lui faïres des opérations sur les parties du corps malformées ; Rondal Reconnaît qu'il n'ya actuellement aucun médicament capable de supprimer l'anomalie chromosomique qui est à l'origine de trisomie 21.qu'il n'y a aucun substance qui permettant de rendre normal un sujet trisomique (Rondal.J-L,1982, p, 92)

Conclusion :

Comme on a déjà vu, La trisomie 21 est une anomalie congénitale d'origine chromosomique qui se constitue par la présence de chromosome 21 surnuméraire, elle se caractérise par des modifications morphologiques particulières et aussi elle est la cause de retard mental.

Ce dernier présente des difficultés sur le plan développemental ; dont laquelle l'enfant rencontre des difficultés d'apprentissage. Il apprend moins vite que l'autre enfant, sa curiosité, son envie d'explorer son entourage sont limitées. Son intérêt pour les différentes activités qui lui sont proposées, peut par ailleurs être absent ou de très courte durée.

La manière dont les enfants sont prise en charge contribue à la fois à leur développement, dont laquelle ils existent différentes formes ; médicale, paramédicale, psychologique et sociale, qui vont l'aider à progresser leurs acquisitions. Dans le chapitre qui va suivre on va s'intéresser aux différents acquisitions de l'enfant trisomique

Chapitre II

Les acquisitions De l'enfant trisomique

21

Préambule :

L'enfant trisomique apprend continuellement et développe en permanence ces connaissances comme le fait un enfant normal, mais d'une façon plus lent, cela signifie qu'il faut adopter des apprentissages ou d'acquisitions de cette enfant, lui facilité le travail, le stimuler, et l'encourager, il progresse considérablement si on lui donne de temps et les moyens.

Dans ce chapitre, on va s'intéressé particulièrement aux différentes acquisitions de l'enfant trisomique, ainsi de l'enfant ordinaire. On va parle sur les différentes l'acquisition qui sont par suite ; autonomie ; langagière, motrice, affective, cognitive, sociale.

1- l'autonomie:

L'enfant atteint de trisomie doit, comme tout enfant, apprendre à se laver comme il faut, avec les bon produits, et de façon complètement .en se frottant comme il faut .on entend dire parfois : "quand il est dans son bain, il est suffisamment propre " .ce n'est évidemment pas suffisant, il faut laver sans trop frotter comme le font certains enfants.

La toilette du corps, elle est plus que sommaire, c'est une vraie difficulté que bien des parents surmontent en lavent eux même leurs enfants et cela jusqu'à l'âge avancé. (Cuilleret, 2007, p 394)

1-1 La propreté :

Le retard de propreté de l'enfant pose un problème réel pour la famille et particulièrement pour la mère .on le comprend aisément .ce problèmes s'aggrave lorsque l'enfant dépasse, sans résultat, les âges auquel on s'attend à la mise en place du contrôle sphinctérien.

Pour les parents de ces enfants trisomique, il faut qu'il apprendra a lui graduellement a se servir du cabinet de toilette, (w-c) à tirer la chasse d'eau, a se laver ensuite les mains ,sans exiger évidemment qu'il accomplisse d'emblée tout le rituel correctement . On encouragera l'enfant et on le félicitera chaleureusement pour chacun des petits succès remporté dans son éducation a la propreté. (Rondal.J et al, 1982, p 124)

A trois ans, seule la minorité des enfants trisomiques est propre alors que pour les enfants normaux, la majorité l'est déjà. Pour ce point là, si on fait la distinction entre les enfants trisomiques habitant à la maison et ceux qui sont en institution, la différence est encore plus grande. (Guidetti, M, 1999, p 124)

1-2 habillages des vêtements :

A propos de habillage des vêtements chez ces enfants, il faut acquérir a savoir porter ses vêtements, et même le choix de leurs vêtements fait partie de son pouvoir de s'habillé tout seul, il important parfois de laisser faire des expériences. (Cuillert.M ; 2007,397)

2-1'acquisition de langage

L'acquisition du langage chez l'enfant trisomique suit le même cours que celui de l'enfant normal, mais à un rythme plus lent, la plupart des enfants mongolien entre 6 ans commencent à produire ou moins deux mots ou moyen pour atteindre 3 à 4 mots et parfois même plus, on peut dire que se problème du langage est due ou retard de développement de vocabulaire chez ces enfants trisomiques. (Rondal.J et al, 1982, p, 76)

Un problème assez typique pour un enfant trisomique.que avant 5-7 ans, la communication avec lui est assez difficile. (Guidetti, M, 1999, p 124)

Comme les autres aspects de l'acquisition il est ralenti. Plusieurs recherches ont été effectuées par les chercheurs dans ces domaines ; RONDAL ET LOMBERT ont publié une synthèse des travaux sur les sujets trisomiques, ont noté des problèmes spécifiques dans l'organisation de l'activité respiratoire, de la production de sons, et de discours qui sont reliés à l'hypotonie des muscles qui contrôlent la fonction respiratoire ; et aussi des problèmes au niveau de la et les voix.

Ils montrent que les capacités auditives sont inférieures aux normes, et les difficultés articulatoires sont la plus fréquentes, concernant environ la majorité des enfants trisomiques, et porte sur les consignes constructives.

La fréquence de bégaiement est également importante, mais en général pas de problèmes de communication chez ces enfants s'il y a une bonne prise en charge précoce par un orthophoniste, on constate en général pas de babillage ou cours des premières années, l'apparition des premiers mots ne survient pas avant 20 mois à 2 ans et la production verbale est très ralenti chez l'enfant trisomique que chez l'enfant normale. (Guidetti ; M, et al, 1999, p, 123-124)

2-1 la favorisation de l'acquisition du langage chez l'enfant trisomique :

Pour l'acquisition de langage d'un enfant trisomique :

- 1- il faut utiliser un vocabulaire approprié au niveau de développement de l'enfant.
- 2- les nouveaux mots seront introduits un par un et toujours accompagnés d'une explication ou d'un exemple à sa portée.
- 3- commencer par des phrases courtes qu'on allongera progressivement au rythme des développements de la compréhension.

Pour cela un bon environnement linguistique est celui qui assez simplifié pour être à la portée de l'enfant ; cependant qu'il il assez complexe c'est que pour fournir à ce dernier un modèle linguistique à partir duquel il puisse progresser.(Rondal, J et al,1982, p, 84).

2-2 La communication pré-linguistique :

Mandy et all, s'intéressent à la communication pré linguistique des enfants trisomiques évaluée avec une épreuve apparentée ECSP (évaluation de la communication sociale précoce) appariées à des enfants tout venant de même âge mental et à des enfants retardées mentaux d'étiologie déférentes ,selon cette épreuve les enfants trisomiques se caractérisent par des fréquences élevées de comportement ,de demande d'objets. On constate que c'est le comportement d'attention conjoint .par exemple ; pointer le doigt vers un objet pour attiré l'attention de l'adulte (qui sont confédérer comme le précurseurs de langage ultérieurs).

Il semblait donc de même que cela a été noté à propos des compétences sensorielles et motrices, que le profil des compétences communicatives des enfants trisomiques avant l'apparition du langage soit déjà différencie de celui des enfants standard. (Association Soraya,2010,p,5)

Les enfants retardés mentaux en général ;physiquement ,en effet ,ces des enfants qui font leurs âge ou à peu près ,mais il n'en va pas de même sur le plan du fonctionnement intellectuel et du langage .A ces points de vue , ces enfants sont grossièrement comparables à des enfants normaux plus jeunes .Dés lors ,il conviendra de s'adresser à l'enfant mongolien en utilisant un langage plus simple, que le cofonderait l'apparence physique de l'enfant et certains des activités ,dans lesquelles il s'engage et à propos desquelles il parle . C'est l'un des aspects de la relation à l'enfant mongolien auquel les parents doivent prêter une attention tout particulière.(Rondal.J et al ; 2002.p.84)

3- l'acquisition psychomotrice :

Elle est globalement ralenti, les acquisitions sont autant entravées, par l'hypotonie et une hyper laxité ligamentaire, toujours présentes .dans le peu aiment se faire dorloter, silencieux dans la journée, capable de rester de long heures inactif, sans réclamer.

La passivité, la lenteur, et l'inerte dominant leurs tableaux clinique ; mais la demande affective rend ses enfants plus gratifiants pour la mère, celle -ci peut prendre un réel plaisir avec cette enfant particulièrement facile.

3-1 La marche :

Position assise est beaucoup plus longue à acquérir chez les enfants trisomiques, La marche chez un enfant trisomique est acquise entre 2à3ans, elle se développe assez rapidement. (Ajuriaguirra .J, 1984, p,273)

Tout les enfants trisomiques marchant, mais il dépend de l'état neuromoteur de chaque enfant, de la présence ou non d'une aide motrice précoce, se qui semble important pour le bon développement de l'enfant est moins l'âge formel de l'acquisition de la marche tel :

1-respect de différentes étapes de développement moteur de l'enfant ;

2-Acquisition de la notion de déplacement ;

3-Acquisition de la verticalisation. (Cuillert. M, 2007, p, 127)

3-1-1 L'acquisition de la verticalisation ;

C'est un moment qu'est plus important pour le développement de l'enfant .en effet ,cette acquisition va lui permettre de développer une activité exploratoire en trois dimensions totalement différente de ce qu'il a connu jusqu'à ici ,c'est l'un des étapes fondamental ,la marche en elle-même n'étant de fait

qu'une évolution(importantes), mais une évolution au milieu d'autres ,ce qui n'est pas le cas pour la verticalisation ,dont l'impact sur le développement global et intellectuel de l'enfant est capital.

Cependant, on peut rappeler que les chiffres donnés sur l'acquisition de la marche chez l'enfant trisomique ayant bénéficié d'éducation précoce entre 17et 30à32 mois et pour l'enfant n'ayant pas bénéficié vers 36 mois. (Cuillert. M, 2007, p, 127)

4 - l'acquisition psychoaffective :

A partir de six a sept ans le comportement change, mais il reste le plus souvent gai, un peu « clown » imitant les autres, ayant besoin de contacts physique, sociable, aimant les jeux dans t'il saisit souvent très vite les règles .il est classique de signaler qu'il aime la musique.

Il est très sensible au rejet et devient opposant, a partir de 12ans, il semble que le versant caractériel puisse devenir prévalent .la frustration reste difficilement acceptée et suscite soit un mouvement régressif vers une demande affective, ou la recherche d'une compensation orale, soit une réaction coléreuse, les conduites plus directement témoin de perturbation psycho –pathologique sont assez rares.

Un enfant trisomique passe par les même étapes de développement et d'acquisition sexuel que les autres enfants, mais elle reste spécifique .une analyse statistique de "GIAMI " à montrer que l'on notait des réticences envers les manifestations sexuels, auprès de leurs parents et un moindre degré auprès de leurs éducateurs spécialisés. (Mercredi.D 1984 ,p, 238)

La découverte de la sexualité chez l'enfant trisomique est comme les autres enfants normaux ; à la période de l'enfance au de l'adolescence, grâce aux jeux avec les autres, et a la découverte de son corps.

A l'âge de troisième enfance, l'affectivité de l'enfant est rapportée sur ses parents pour éventuellement se diriger vers d'autres personnes à l'adolescence. Pour l'enfant trisomique l'affectivité est souvent centrée sur sa famille pendant de nombreuses années. (Guidetti.M et al , 2004, p,62)

5 :l'acquisition cognitive et intellectuelle :

L'acquisition intellectuelle est obtenue de quotient intellectuelle, qui est les données quantitatives la plus aisément obtenue, cette évolution pose les mêmes problèmes que chez les déficients mentaux, les niveaux intellectuels des enfants trisomiques sont distribués comme les enfants tout venant.

Le retard intellectuel est constant, mais de profondeur variable sur une importante population. La courbe de QI semble observer une répartition analogue à la population générale, mais avec décalage de 50-60 points environ, dont le quotient intellectuel moyen se situe entre 40 à 60 et maximum situé entre 65 à 79 donc assez proche de seuil inférieur de intelligence dite normale.

On conçoit que la majorité des enfants trisomiques ont un QI entre 30 à 65 ce qui correspond à une déficience mentale profonde, et d'autres qui sont rares avec un retard mental léger. Et on rencontre ainsi des mongoliens "doués" avec QI de 70 et d'autres où le QI est inférieur à 20.

Les acquisitions pédagogiques sont importantes mais restent réduites, et le stade des opérations logiques n'étant pas atteint, les éléments sont importants car ils situent le cadre évolutif des enfants trisomiques, un apprentissage reste possible mais restera limité surtout s'il sera renforcé par gratification affectives, alimentaires ou d'autres.

On constate également des problèmes de mémorisation qui ont lieu ou retard mental, les traces mnésiques persistent le plus souvent dans les circuits nerveux de la mémoire à court terme. On note ainsi des faiblesses dans la

catégorisation conceptuelle, et le codage symboliques de la l'information perceptive. (Guidetti, M et al, 2004, p122)

L'acquisition intellectuel de l'enfant trisomique (sans parler de développement affectif, linguistique, etc.) est favoriser lorsqu' l'enfant est élever dans sa famille et non dans une institution.

le niveau intellectuel de l'enfant trisomique dépend donc, pour une large mesure ,de ses parents et de l'entourage, et de l'habilité de ceux -ci a lui crée un environnement stimulant .il n'est sans doute pas exagéré de dire que le niveau de développement et de fonctionnement intellectuel ultime atteint par l'enfant peut être largement contrôler par les parents ,l'entourage ,et les éducateurs . L'enfant trisomique, comme les autres enfants, est certes ce qu'il est au départ, mais aussi ce qu'on l'aide à devenir. (Rondal.J et all, 1982, p 68)

5-1 la lecture :

L'apprentissage de la lecture est à chaque fois que cela est possible. Le fait des enseignants .comme aussi sera le travail de l'orthophoniste ou de l'éducateurs spécialisé, tous dépend de problème rencontrer par l'enfant de es besoins, de son lieux de scolarité. (Cuillert. M,2007,p ,154)

Même les parents a cette égard, joue un rôle important, ils peuvent, très tôt, familiariser l'enfant avec les mots qu'il apprendra plus tard a l'école et, par la suite, faire répéter régulièrement a l'enfant les leçons apprises en classe. (Rondal.J ,1982,p130)

La plupart des enfants trisomiques peuvent apprendre à lire et à écrire ou, plus honnêtement, à acquérir des rudiments de la lecture et d'écriture, certains de ces enfants apprennent plus vite, d'autres vont plus loin dans les acquisitions .il ya des exceptions notables dues aux grands différences qui peuvent se manifester d'un enfant trisomique à un autre. (Rondal, 1982, p129)

La capacité d'apprendre à lire, pour peu que cette apprentissage soit proposé et qu'il le soit à un âge plus adéquate, et pour peu qu'elle ait gardé son appétence, son désir d'apprendre et qu'elle le demande.

Il est important que le vocabulaire qu'ils acquièrent reprenne les mots et expressions les plus courants, qu'il leur soit éminemment utile et leur permette de vivre en société. (Rondal.J,1982,p, 130)

5-2 les calculs :

L'acquisition de calcul chez l'enfant atteint de la trisomie, est souvent difficile ; ces difficultés proviennent :

1-de la difficulté à structuré un raisonnement logico-mathématique.

2-et de la difficulté à comprendre et à saisir le sens des formulations et des significations de langage mathématique ; plus, moins, autant que, le plus, et le moins.

Ces difficultés d'acquisitions des structures mathématique sont liées aux difficultés d'assimilation des concepts fondamentaux liées eux même aux notions de rythme et du temps qui induisent des difficultés de numérisation et de réalisation opératoire .ces difficultés proviennent de la présence de troubles cognitifs, et en particulier des troubles des notions .donc si difficile à acquérir et si délicat à imposer alors à l'enfant atteint de la trisomie d'employer de façon spontané les modes de raisonnement par analogie ou évocation . (Cuillert.M, 2007, p169)

5-3 Les acquisitions cognitives selon la théorisation piagétienne :

5-3-1 la période de l'intelligence sensori-motrice :

S'étend de 0 à 2ans cette période correspond à une intelligence sans pensée ou sans représentation, sans langage, sans concept .elle correspond plus

précisément au développement et à la coordination des capacités sensorielles et motrices, aussi la capacité de résoudre des problèmes pratiques qui font intervenir la perception et le mouvement.

5-3-2 : la période des opérations concrètes :

S'étend de 2 à 11, 12 ans elle se caractérise par une plus grande mobilité de la pensée, un plus grand recul par rapport à l'action, et une meilleure socialisation elle se subdivise en deux périodes : la période préparatoire et la période opératoire :

La première s'étale de 2 ans à 6-7 ans, elle est principalement concernée par l'acquisition de la fonction symbolique et plus spécifiquement par l'acquisition de langage. La fonction symbolique traduit la capacité d'évoquer des objets ou des situations non présentes sur le moment en utilisant des signes ou des symboles.

La deuxième période est la période opératoire : s'étale de 7 ans à 11-12 ans caractérisée par l'utilisation des opérations réversibles, c'est-à-dire la possibilité d'exercer ses actions en pensée ou intérieurement ; agir en pensée ou annuler cette pensée. (Sahuc. C, 2006, p24- 25)

Dans la lignée de la théorie de Piaget sur le développement intellectuel, il décrit l'évolution des enfants retardés comme procédant à vitesse réduite et s'arrêtant finalement à un stade inférieur de l'organisation cognitive normale. Ce stade varie selon la gravité du handicap intellectuel. (Rondal.J et al, 1982, p 58)

5-4 : l'apprentissage chez les enfants trisomiques 21 :

Il est bien connu aujourd'hui que la trisomie 21 est invariablement associée à des capacités d'apprentissage très limitées, modérées ou sévères, et en ce qui concerne les capacités cognitives durant la petite enfance.

Les preuves d'une grande variabilité sont particulièrement bien établies, certains enfants trisomiques présentent une déficience intellectuelle profonde mais la majorité d'entre eux appartiennent aux catégories des déficience modéré ou sévère et une minorité dotée d'une intelligence à la frontière de la normale ,mais malgré ces difficultés rencontrées ,il ne faut pas comprendre que les enfants trisomiques n'éprouvent pas d'importantes difficultés qui apparaissent tout au long de leurs enfance ,par ce que la présence d'exemplaire supplémentaire mène à plusieurs difficultés dans le processus de développement dès les stades les plus précoces.

Toutes fois la grande variabilité des niveaux d'accomplissement observés chez toutes les personnes trisomiques à tout âges , jusqu'à présent les compétences cognitives à proprement parler et les habilités langagières se sont avérées plus résistantes aux interventions précoces ,les capacités intellectuelles de beaucoup d'enfants trisomiques ne dépassent pas celle de l'enfant moyen de six à huit ans ,et un nombre important d'entre eux n'atteignent même pas ce niveau . (Wischart.J, 1998 p10-11)

6 -l'acquisition sociale :

Vivre sans interaction avec les autres est impossible pour la majorité des personnes. L'homme a besoin d'entrer en relation avec ses pairs et le manque d'interaction sur une longue période peut engendrer des troubles cognitifs, affectifs, voire médicaux.

Les parents doivent se charger de développer ce réseau chez l'enfant trisomique les habilités sociales ne se limitent pas à des comportements observables, mais font aussi référence à la compréhension de soi-même et de l'environnement dans lequel on évolue.

Les personnes trisomiques a sa perception du monde social, sa création dans se monde se fait dès l'enfance, elle se débuté avant les premiers liens d'attachement entre l'enfant et ses parents. (Martin J-F, 2007, p,71)

Ils ont de grands capacités relationnelles, jusqu'à il ya peu du temps, les occasions leurs ont manquée à les prouver, on leurs reconnait un caractère aimable et affectueux.

Actuellement ils ont la capacité et la possibilité d'évaluer dans des contextes très différents, et avec des personnes varies, car les situations dans les quelles se trouvent, montrent que leurs capacité sociales sont au dessous de se qu'on imagine, et lorsqu'on leurs donne plus d'opportunité, l'inclusion sociales dans des cercles sociaux le plus ordinaires sera possible. (Ibid. p ;72)

7-Les processus intervenant dans les acquisitions de l'enfant trisomique :

Plusieurs processus fondamental interviennent dans les acquisitions chez l'enfant trisomique :

7-1-L'imitation : qui est la capacité de l'enfant à reproduire ce qu'il a perçu sur autrui, lui permet d'accéder a des comportements nouveaux puis de les intégrer, de les maîtriser. Elle joue un rôle principal dans l'éducation à l'autonomie.

Il convient de rappeler que toute reproduction d'un comportement n'est pas une imitation, cette dernière permet de développer la capacité de représentation de l'enfant, et ces progrès correspondant à un développement de la conscience de soi. (Ghiglione.R et al, 1999, p,43)

Les recherches indiquent que l'imitation progresse chez l'enfant trisomique ou même temps que des progrès interviennent dans les autre domaines du développement .il est important que les parents le sachent .il semble que lors qu'il imitent ,les enfants mongolien le font de la même façon que les enfants normaux ,ce qui revient a dire qu'à niveau de développement

égal ,ils imitent a peu près autant ,ils imitent les mêmes choses et a peu près de la même façon que les enfants normaux .mais il faut compter dans la démarche éducative avec le retard de développement. (Rondal.J et al, 1982, p , 88)

7-2l'identification : elle s'agit d'appropriation ,de l'assimilation d'autrui à soi même par identification, l'enfant va intérioriser les modèles qu'en lui offre son entourage ,ce qui entraine un développement de moi ,et l'ouverture sur la culture en tant que système de règle de la vie sociale .

7-3-la communication : l'être humain est par nature social il ne peut l'humaniser que dans la société, la présence des parents est fondamental dans la formation d'un être humain, l'autre à d'abord plus d'importance que lui. (Ibid. p ;44)

Conclusion :

En constate que les enfants trisomique, éprouvent des difficultés dans leurs acquisitions, causées par différentes problèmes ..., c'est pour cette raison qu'il faut essayer de s'adapter aux différentes apprentissages aux rythme d'acquisitions des connaissances de ces enfants.

Pour cela on constate que la présence des parents de ces enfants au cours de leurs développement, c'est un besoin fondamental, et comme le montre M Cuillert "être parents est toujours difficiles, dès que sont passé les premiers moments de l'incroyable instant de la naissance, et aussi d'avoir la responsabilité de sphère affective et l'autonomiser, et donc de crée sa liberté d'adulte on constant de devenir ».

Chapitre III

Investissement parental

Préambule :

La famille est le premier milieu de l'enfant, handicapé ou non, c'est à partir de la qu'il construit les premiers liens affectifs et sociaux, c'est la où il effectue ses premiers apprentissages. Pour cela dans ce chapitre, on va présenter l'impact de cette handicapé sur ses parent, dont leur tour de l'acceptation et leurs investissement au cours de son développement.

1-L'annonce de handicap :

L'annonce de l'handicapé chez l'enfant qui vient de naitre provoque le plus souvent un effondrement chez les parents, un choc traumatique qui va désorganiser leur fonctionnement psychique. Même chez les personnes qui ne sont pas fragiles et sensibles. Les parents plongent au cœur d'une réalité qui devient la sienne propre, et pour toute sa vie : rien ne sera comme avant, des effets sur la pensée du parent, et leurs comportements, d'un état de sidération au départ, ou la pensée se fige. (Immann. I, 2012,p , 16).

C'est un moment très douloureux pour la qui s'opposent des réactions variés tel rejet, déni la surprotection la culpabilité ...etc., et qui sont déterminant sur l'investissement parental et de l'entourage. (Sebbag.E-R,2008,P,106)

1-1 : Les différentes réactions parentale face l'annonce de l'handicapé :

Mettey (1996) décrit cinq stades dans la réaction des parents à l'annonce du handicapé de leur enfant qui sont :

1-la sidération : c'est faire déni la nouvelle ou de ne pas l'intégré dans la pensée.

2-colère : soit contre eux même ou contre les médecins.

3 -la transaction : ils acceptent le diagnostique mais pas le pronostic.

4-la résignation- dépression : souvent accompagner d'un repli sur soi.

5-l'acceptation du handicap ; de l'enfant et la réconciliation avec la vie marquée par le désir des parents de protéger leur enfant et de compenser le sort malheureux qu'il connaît. (Weil. A et al 2008,p,152)

C'est un message de tendresse donnés par l'entourage permettent à l'enfant de s'identifier à un espace, symbolique et réel. On reconnaît pour lui une place ; dont l'enfant peut s'affirmer différent d'autrui dans la mesure où il a un lieu où se développer, dans la confiance et la continuité, dans la sécurité. Dans un cadre familial rassurant, structuré, l'enfant s'approprie les qualités, les fonctions, les positions qui construiront, peu à peu, sa personnalité. (Zribi.G , 2005,p,32)

Les couples conjugaux réagissent différemment, pour cela cette épreuve vécue semble renforcer le lien de certains, pour d'autres les réactions à ce traumatisme entraînent ou accompagnent des ruptures-toujours très culpabilisées du couple parental. (Ibid. P,152)

2- Narcissisme des parents : (de l'enfant rêvé à l'enfant réel)

Habituellement si tout se passe bien, l'enfant réel vient étayer ou valoriser le narcissisme des parents. HEGO.V nous cite dans l'un de ses écrits : « lorsque l'enfant paraît le cercle de la famille applaudit à grands cris ». (Baulinet.M-C,2012,p,13)

Autant que les parents se sentent gratifiés par le nourrisson, ils se reconnaissent en lui leurs émotions sont positives : la joie, satisfaction, fierté, tendresse. Et si l'enfant est handicapé, le narcissisme des parents est atteint de trois façons différentes :

1. Dans leur statut de père ou de la mère.
2. Leur statut de conjoint.
3. Leur statut de fils ou fille.

L'investissement initial ne peut s'épanouir harmonieusement, il y a de la douleur, l'investissement affectif intense qui précède et accompagne chaque naissance retombe d'un seul coup, un sentiment de dévalorisation apparaît : on n'a pas fait un enfant conforme, culpabilité : «qu'avons-nous mal fait ? l'anxiété : que va-t-il ; Qu'allons nous devenir ? (Baulinet M-C , 2012,P , 14)

Souvent une évolution psychologique des parents qui se déroule plus au moins rapidement, elle peut être même marquée de régression qui souvent liées à une modification de l'environnement, ou par une période de stagnation. (Weil. A et al, 2008, p,14)

L'apparition de l'enfant handicapé, c'est l'arrivée d'un enfant différent de l'enfant imaginaire et de l'enfant réel sans handicap ; c'est une double déception. Et pourtant, il va falloir accepter que l'autre soit autre, c'est une reconnaissance du réel, il va falloir reconnaître cette enfant dans son altérité (Baulinet.M-C,2012,P ,14-15)

3-L'ajustement familial au handicap :

Il renvoie à l'ajustement familial dans une famille de tout-venant. Elle dépend de nombreuses variables comme le type et le degré de l'atteinte, la place de l'enfant dans la fratrie.les attitudes des autres enfants de la fratrie peuvent en effet refléter les réactions parentales. (Guidetti.M et al ,2004,P , 148)

L'ajustement familial existe avant la venue de l'enfant handicapé peut aviver des conflits qui préexistaient au sein de couple. La personnalité de chacun des parents joue un rôle important ainsi leur catégorie socioprofessionnelle dans la mesure où les possibilités financières permettent d'alléger les contraintes liées à la présence de l'enfant handicapé ; un autre facteur important réside également dans les structures éducatives appropriées existantes dans l'environnement proche de la famille ; que l'enseignement spécial a été bénéfique pour la stabilité affective de nombreuse famille et que

l'adhésion à des associations de parents leur apporte un réel soutien à la fois sur le plan matériel et psychologique et leur évite l'isolement social.

Dans sa famille (couple parental et fratrie), la présence de l'enfant handicapé suscite un certain nombre de questions comme le sens de ce handicap et de l'enfant qui le porte ; et pour faire face aux nombreux problèmes posés par la survenue d'un enfant handicapé, les parents ont en effet besoin d'une aide structurée leur permettant d'avoir les moyens d'être des participants actifs et privilégiés de l'éducation de leur enfant. (Guidetti. M et al ,2004,P , 148)

4-Les styles des parents envers leurs enfants :

On trouve deux dimension important, dont laquelle c'e qu'on puisse détermine le types des parent :

4-1. La sensibilité ; à savoir la mesure dans laquelle le parent est à l'écoute de L'enfant et est apte à répondre à ses besoins et à ses intérêts.

Cela favorise le développement d'un enfant à la fois obéissant de ce montrer coopératif, et doté d'une conscience morale, qui comprend la différence entre le bien et le mal et se ressent la culpabilité s'il s'est mal comporté.

4- 2. Le contrôle ; à savoir le degré de supervision et de discipline exercée par le parent, ainsi que la mesure dans laquelle il exige que celui-ci fasse preuve D'obéissance et de maîtrise de soi. (Conseil canadien ,2007,p,2)

5-le type de parent :

5-1-autoritaire (fait preuve de beaucoup de contrôle et de sensibilité);

Les parents savent faire preuve de chaleur et d'ouverture, mais

Exercent aussi sur l'enfant un contrôle ferme et savent lui poser des limites à la fois claires et cohérentes, développe en grandissant de meilleures aptitudes sociales et émotionnelles.

5-2- autocratique : (fait preuve de beaucoup de contrôle, mais de peu de sensibilité); ici les pratiques parentales n'ont pas les mêmes répercussions positives sur le développement de l'enfant, possiblement parce qu'elles

diminuent pour celui-ci les occasions d'apprendre à gérer son stress. L'enfant aura moins la possibilité de prendre des décisions par lui-même ou d'exprimer ses besoins.

5-3-indulgent et permissif : (fait preuve de peu de contrôle, mais de beaucoup de sensibilité); l'enfant grandit souvent sans bénéficier des repères et des conseils dont il a besoin afin de développer sa conscience morale et de se fixer des objectifs appropriés pour l'avenir.

5-4- négligent : (fait preuve de peu de contrôle et de sensibilité). Se sont des parents peu impliqués, inconstants ou encore très rigides ; exigent l'obéissance, sont plus enclins à sombrer dans un cycle progressif d'interactions coercitives avec l'enfant. Ils en viennent à recourir de plus en plus à la contrainte ou à la force pour pousser l'enfant à faire telle ou telle chose, et l'enfant réagit de même, avec une agressivité croissante. (Conseil canadien,2007,P, 2-3)

6-L'investissement parental :

Chacun sait que la survie de jeune enfant dépend totalement de l'investissement des adultes qui l'entourent. L'enfant doit bien sur être nourri, lavé et soigné lorsqu'il est malade, mais aussi être protégé des dangers potentiels de l'environnement. Autre que physique mais aussi a lui donner l'affection. Faire assurer sa sécurité en lui posant des interdictions, en lui mettant des limites ; en lui imposant des règles, c'est-à-dire en lui appliquant la discipline.les parents qui sont chaleureux et qui sont capable d'imposer en lui des règles et des limites claires aux enfants permettent à ces derniers de développer leur confiance en soi, de devenir responsables et d'être coopératifs avec les autres pairs ou les adultes. (Tarabulsy G-M .et al,2008,P ,79-80).

Après la première années de vie, l'enfant développe de plus son autonomie ,avec l'encouragement et l'encadrement des parents, il acquiert progressivement les habilités qui lui permettent de faire seul certains nombres d'activités quotidiennes comme manger ,s'habiller, se laver, dormir seul, jouer seul, il

apprend à réguler ses émotions et devient de plus en plus capable de tolérer un délai dans la réponse parentale à ses besoins. (Tarabulsky, G-M, et al, 2008, p, 79).

6-1 Les facteurs qui influencent sur le développement de l'enfant:

6-1 -1-Le regard que les parents portent sur leur enfant :

Ce regard a une grande influence sur le développement de ce dernier, sur la construction de sa personne, de son caractère, de ses relations avec les autres. Mais le handicap est un élément de plus à intégrer dans ce regard porté sur l'enfant et dans l'image qu'on se forge de lui et de son avenir

Les parents ont tendance à montrer dès la naissance de cet enfant trisomique de grandes réticences à la prendre dans ses bras, à s'adresser à lui, à profiter de tous les gestes habituels de soin pour partager tendresse et complicité avec lui. Ces premières années revêtent une importance clé sur le plan de l'acquisition par l'enfant des aptitudes dont il aura besoin tout au long de sa vie qu'elles soient émotionnelles, sociales ou physiques ou encore liées au langage ou au raisonnement. (Ammann, I, 2012 P, 58-60)

6-1-2 L'engagement des parents :

Consiste à amener son enfant, au fil d'année d'éducation et d'accompagnement, à s'occuper de lui-même et à pouvoir seul à ses besoins propres. Avec l'espoir qu'il saura tisser des liens assez forts pour lui permettre de vivre heureux avec ses proches, c'est une marche naturelle de la vie, et c'est un établissement ordonné de la continuité. (Ammann, I, 2012, P, 15)

Le fait d'apporter à l'enfant affection et sécurité, les parents participent à son apprentissage et font pour lui office de modèles comportementaux. Ils jouent donc un rôle essentiel auprès de l'enfant, particulièrement durant ses jeunes années. (Conseil canadien, 2007, P, 02)

6-1-3 le milieu dans lequel il grandit ; Ce qui concerne aussi l'enfant trisomique les soins et l'attention qu'il reçoit, la société qui l'accueille et toutes les personnes qui le côtoient vont être des facteurs déterminants qui permettront ou non à l'enfant porteur de trisomie de se développer, de vivre et de grandir

avec son handicap dans les meilleures conditions possibles. (Ammann. I.2012,P,29)

6-2 L'investissement parental selon différents auteurs :

Selon Trivers (1972, 1974) conçoit l'investissement parental comme reposant sur toutes actions parentales qui favorisent les chances de survie de son enfant. Ce phénomène s'accompagne également d'une diminution du potentiel d'investissement de l'adulte envers d'autres enfants. L'investissement parental s'actualise en fonction des coûts et des bénéfices associés aux actions de soins procurés au bébé. (Boire.M,2003,P, 12)

D'après Maccoby et Martin (1983) définissent l'investissement parental comme étant le degré d'engagement de l'adulte dans son rôle parental. L'objectif visé par cet engagement est l'optimisation du développement de l'enfant. cet investissement parental est opérationnalisé à partir de trois éléments qui sont :

- 1- la quantité de temps passé par le parent dans l'accomplissement de différentes actions pour l'enfant.
- 2- la quantité de temps passé en interaction directe avec l'enfant.
- 3- l'accessibilité au parent pour l'enfant.

Bradley. Et al (1997), définissent l'investissement parental en fonction des sentiments et des pensées éprouvés par le parent à l'égard de l'enfant et du rôle parental, dont laquelle ils s'accroissent sur l'expérience subjective des parents.

(Ibid. P, 13-14)

Simpson (1999) affirme que le niveau d'investissement parental se transmet à travers la qualité et la sensibilité des soins parentaux. Par conséquent, l'investissement du parent affecterait indirectement la formation du style d'attachement (sécurisé versus insécurisé) développé par l'enfant. Pour sa part, un parent qui expérimente des sentiments positifs apporte de meilleurs soins à l'enfant, comparativement à ceux qui expérimentent des émotions plus

négatives. Les pensées et les émotions éprouvées par le parent pourraient ainsi influencer les comportements du parent. (Boire. M,2003 ,P, 26)

Le développement de sa sante physique, émotionnelle, cognitive et sociale du jeune enfant dépend en grande partie de comportement parental, et de façon plus large, de l'investissement parental total. (Tarabulsy.G-M,et al,2008,P, 81)

6-2-1 L'engagement des parents auprès de leur enfant:

On distingue trois types qui sont par suite:

1-l'interaction ; concerne les contactes directs du parent avec son enfant

2-disponibilités ; concerne tous les moments ou le parent est accessible si l'enfant le désire.

3- la responsabilité : concerne les rôles pris par les parents pour assurer la disponibilité des ressources importantes pour l'enfant qui sont soit physique ou sociale. (Tarabulsy.G-M et al, 2008, P, 81)

7-La sensibilité parentale :

Selon Ainsworth, et al (1978). Ils définissent ce concept par la capacité du parent de percevoir les signaux de l'enfant, de les interpréter et d'y répondre de façon appropriée. La sensibilité parentale se manifeste donc à travers les comportements du parent. (Boire. M, 2003, P ,19)

Le concept de la sensibilité parentale comporte différentes dimensions parmi en il existe la flexibilité de l'attention et des comportements du parent; dont laquelle l'attention du parent est un élément important puisqu'elle permet de recevoir les informations de l'enfant qui ne sont pas toujours évidentes. Ces informations peuvent se refléter à travers les expressions faciales, les sons, les

réponses, visuelles et le corps de l'enfant. Lorsque l'information est perçue, le parent doit alors considérer deux éléments essentiels :

1-les caractéristiques personnelles de l'enfant

2- le contexte dans lequel l'enfant se trouve. (Boire. M,2003, P ,20-21)

7-1 Les dimensions de la sensibilité parentale :

Pour leur part, De Wolff et Van Ijzendoorn (1997) ont regroupé les différentes dimensions de la sensibilité parentale en cinq constructions spécifiques qui sont:

Il y a d'abord, le synchronisme lors des interactions entre le parent et l'enfant ; Il s'agit de la réciprocité des échanges entre le parent et l'enfant.

Deuxièmement, il y a le concept de la réciprocité même ; il s'agit du nombre d'échanges positifs entre la mère et l'enfant, ainsi que les efforts du parent pour régulariser l'humeur de l'enfant. Il considère également la qualité des comportements adoptés par le parent pour divertir l'enfant et s'il agit de façon responsable avec lui. Le concept de réciprocité comprend également des comportements de l'enfant; l'expression de sentiments positifs, l'absence de comportements d'évitement, le maintien de l'interaction avec le parent.

Un troisième aspect se rapporte à la présence de soutien apporté à l'enfant Il s'agit du degré d'attention et de disponibilité du parent à l'enfant, ainsi que du soutien apporté à ses efforts. Deux critères particuliers définissent un haut niveau de soutien:

1) Le parent doit représenter une base de sécurité pour l'enfant en l'aidant à se sentir confortable.

2) Le parent doit être engagé envers l'enfant en lui manifestant de l'attention et également envers les tâches liées à l'enfant.

Le quatrième élément qui définit la sensibilité parentale est l'attitude positive du parent. Il s'agit de l'expression d'émotions positives et négatives du

parent envers l'enfant, ainsi que le degré de réciprocité entre le parent et l'enfant lorsqu'ils sont en interaction.

La cinquième dimension est la stimulation du parent. Il s'agit de toutes actions de la part du parent dirigées à l'endroit de l'enfant. (Boire. M,2003, P, 21-22)

7-2 les facteurs qui L'influencent de la sensibilité parentale :

7-2-1 Le tempérament de l'enfant ; influence donc la sensibilité parentale ; sa façon d'émettre de l'information par des signaux comportementaux, verbaux, etc. influence directement la compréhension du parent. En particulier, Lorsque la mère considère le tempérament de l'enfant comme difficile, elle manifeste alors un plus faible niveau de sensibilité parentale. (Boire. M,2003 , P, 22)

7-2-2 La qualité de la relation conjugale ; spécifiques aux parents, influencent aussi la sensibilité parentale. Les partenaires satisfaits de leur relation conjugale démontrent un niveau plus élevé de sensibilité parentale.

7-2-3 Le soutien social ; intervient également comme un facteur associé à la sensibilité parentale. Les mères qui bénéficient d'un bon soutien social agissent de façon plus sensible avec son enfant, comparativement à celles qu'ont moins de soutien extérieur .Or les parents qui ont développé un attachement sécurisé procurent des soins plus chaleureux et plus soutenant à leur enfant. (Ibid. P ,24)

8-Les types d'investissement parental :

Dans l'analyse des interactions avec un enfant, indique quatre grands types d'investissement parental :

8-1-L'investissement affectif :

Quelques mères et un père décrivent une attitude affective Extrêmement forte à l'égard de l'enfant handicapé. Elle est exprimée en termes d'attachement ou de lien beaucoup plus important qu'avec un autre enfant, en termes d'amour privilégié, d'amour prioritaire, voire même de partage de souffrance Le désir

d'enfant est une force personnelle qui soutient dans les capacités à faire face au quotidien : "on a voulu cet enfant". (Martin. P, 1993, P, 112)

Les parents doivent offrir à l'enfant une stimulation affective. Elle consiste à donner de l'affection à l'enfant par exemple en le berçant, en l'embrassant, en le caressant, en lui souriant ou en lui parlant doucement.

L'enfant aussi a besoin de s'attacher à ses parents, cette relation d'attachement qui s'établit principalement avec ses parents qui répond quotidiennement à la détresse de l'enfant. Grace à cette relation de qualité, l'enfant apprendra à réguler ses émotions et développera d'une part une confiance en lui dans ses explorations de l'environnement, d'autre part, des rapports satisfaisants avec les autres. (Tarabulsy-M, et al ,2008 , p, 79)

8-2 -L'investissement socio émotionnel:

Bradley et al ; proposent une définition opérationnelle où l'investissement socio-émotionnel repose sur quatre dimensions inter reliées.

La première dimension concerne l'acceptation du rôle parental et du l'enfant ; il s'agit de l'intégration du rôle parental comme faisant partie de soi.

La deuxième dimension est la joie ressentie lors des interactions avec l'enfant ; le parent facilite alors les comportements d'attachement de l'enfant.

Le troisième aspect est le niveau de connaissance du l'enfant et de ses besoins. Quatrièmement, le parent doit éprouver un certain degré d'anxiété de séparation lorsqu'il est éloigné de l'enfant. (Boire. M ,2003,P ,14)

De même Condon et Corkindale (1998) ; ils définissent le concept de l'investissement socio-émotionnel du parent envers l'enfant en fonction de quatre dimensions.

La première est le plaisir ressenti par le contact avec l'enfant. Cet élément est observé à travers un désir d'interaction avec lui, un désir de prolonger le temps en sa compagnie, de la tristesse au départ et de la joie au retour, d'heureuses et fréquentes préoccupations face a l'enfant pendant qu'ils

sont séparés et des sentiments de joie, d'affection et de fierté en sa présence. Lorsque l'attachement du parent est fort, cette dimension est vécue de façon positive.

Deuxièmement, il y a la tolérance envers les comportements de l'enfant, qui sans attachement, sont perçus comme irritants ou frustrants pour le parent. Lorsque l'attachement est fort, le parent éprouve alors moins l'impression de faire des sacrifices personnels pour l'enfant et les responsabilités quant à ses soins sont également moins ressenties comme un fardeau.

Le troisième élément est le besoin de gratification et de protection du parent envers l'enfant. Il s'agit d'un besoin ressenti par le parent d'identifier et de gratifier les émotions et les besoins de l'enfant. L'attachement du parent envers l'enfant est accompagné d'un fort désir de le protéger du danger, de la douleur ou de l'inconfort.

Quatrièmement, il y a l'acquisition de connaissances du parent. Il s'agit de son désir de comprendre l'enfant et il en résulte alors un sentiment de compétence. Un fort niveau d'attachement du parent envers l'enfant est accompagné d'une grande curiosité par rapport à l'enfant. (Boire .M, 2003, P , 15)

Ces deux conceptualisations de l'investissement socio-émotionnel s'accumulent, D'une part, elles conçoivent toutes deux ce phénomène en termes des pensées et des émotions du parent à l'égard de l'enfant. D'autre part, la dimension de joie ou de plaisir ressenti, de même que celle d'acceptation de son enfant ou de la tolérance de ce dernier. (Ibid. p, 16)

8-2-1 les facteurs qui influencent les dimensions socio-émotionnelles du parent :

8-2-1-1 La qualité de la relation conjugale ; Il a été démontré que plus la relation conjugale est satisfaisante, plus les connaissances de son enfant sont élevées.

De façon générale, ce concept semble être influencé de façon différente selon le sexe du parent. Pour la mère, le niveau de dépression qu'elle peut démontrer joue un rôle sur l'investissement socio-émotionnel qu'elle ressent envers l'enfant.

8-2-1 -2 Le tempérament de l'enfant ; influence également l'investissement socio-émotionnel de la mère envers l'enfant. Les mères qui ont un enfant au tempérament difficile trouvent plus ardu de maintenir un niveau élevé d'investissement socio-émotionnel envers lui. (Boire.M,2003,P, 18)

8-2-1-3 Le soutien social; Un plus haut niveau de soutien social augmente le niveau d'investissement socio-émotionnel du parent ; Bradley et al. (1997) ajoutent que le soutien social intervient de façon positive au niveau de la connaissance de l'enfant et de ses besoins. (Ibid. p, 18)

Ce qui a trait au père, le stress lié au travail semble associé à son investissement socio-émotionnel envers l'enfant. Lorsque le père éprouve une situation conflictuelle entre le travail et la famille, le rôle parental devient alors plus difficile à accepter. Dont laquelle la mère est davantage influence par le stress éprouve par le père lors de son travail

L'investissement socio-émotionnel du parent envers l'enfant est un concept complexe qui comporte plusieurs dimensions cognitives et émotionnelles. (Boire. M, 2003, P, 18-19)

8-3-L'investissement éducatif :

la volonté d'être responsable et de tout faire pour cet enfant et même faire favoriser volonté vers l'autonomie de l'enfant et ses apprentissages dans la vie, performance, épanouissement, et encore la socialisation et l'aider à s'intégrer l'enfant dans la famille afin qu'il puisse trouver sa place, son équilibre, car le fait de vivre ensemble constitue alors une valeurs essentiels, de faire s'adapter réciproquement, de s'habituer l'un à l'autre. (Martin. P,1993,P, 113)

Les parents doivent offrir à l'enfant une stimulation cognitive qui facilitera ses apprentissages sur le monde physique et social qui l'entoure. Cette

stimulation consiste à aménager l'environnement pour permettre à l'enfant d'accéder à des objets variés (jouets, livres, etc.) et aux partenaires sociaux (fratrie, pairs, autres adultes, etc.) toutes en assurant sa sécurité par une supervision adéquate. (Tarabulsky. G-M et al, 2008, P, 79)

8-4 L'investissement thérapeutique :

L'aspect thérapeutique, concerne tout le suivi dont l'objectif vise l'éveil de l'enfant et son développement psychomoteur. Il englobe les stimulations multiples, les recherches de repères et de conseils, la collaboration avec les Professionnels, etc. Cet engagement thérapeutique est essentiel car, d'une part, il sous-tend un ensemble de progrès et d'évolutions chez l'enfant et, d'autre part, les résultats obtenus renforcent positivement les compétences parentales et constituent donc un soutien considérable (Martin. P, 1993, P, 112)

Le suivi courant (kinésithérapie, stimulations quotidiennes, visites médicales de contrôle) est généralement pris en charge par les mères. Les pères interviennent plutôt de manière ponctuelle notamment lors d'examen médicaux extraordinaires.

Chacun de ses types concerne les relations parent-enfants au sein duquel les phénomènes de réceptivité et de réciprocité prennent tout leur sens dans un processus de restauration de l'identité parentale tributaire de la dynamique des échanges. Lorsque ces attitudes affectives et éducatives sont inadéquates, elles peuvent devenir la source de tensions au sein du couple et alourdir la dynamique familiale quotidienne.

Encore le manque d'autonomie de l'enfant et son extrême dépendance qui exigent une surveillance continue sont d'autres formes dominantes des difficultés concrètes rencontrées par les parents. (Duchêne. J et al 1997, p, 101)

9- Accompagnement parental

Deleau dans un article récent 1993 parle de « l'accompagnement parental », plutôt que de guidance, ou il s'agit de mettre l'accent sur les compétences de l'enfant handicapé plutôt que sur ses déficits, sur sa manière particulière d'appréhender le monde extérieur à laquelle les parents devront s'ajuster. Il s'agit avant tout d'apprendre aux parents de « construire une image nouvelle et positive de leur enfant ». Chaque famille est unique et demande à être appréhendée comme telle. (Guidetti.M et al, 2004,P, 149)

Cuillert nous parle sur le « travail parental » est désigné le cheminement et la relation indispensable entre l'équipe (professionnels) et les parents. C'est un travail « d'interactions », « d'interpénétration » c'est un véritable partenariat parents/ professionnels. Il est indispensable à la cohérence du suivi individuel de chaque enfant. Ce travail parental exige l'intervention d'un professionnel hautement spécialisé, la nécessité de l'échange entre parents (qui parlent de l'enfant, de sa vie à la maison....) et le professionnel qui va adapter ses connaissances aux vécus de chaque enfant dans chaque famille, afin d'aider l'enfant et la mise en place du projet éducatif propre à chaque enfant.

Objectif de ce travail sont la dédramatisation et d'expliquer le diagnostique et ses conséquences ; d'écouter les parents dans leur souffrance individuelle, dans la souffrance de leur couple entre eux et en fonction de cette enfant ; et de recréer la filiation en renouant le regard, la relation parent/enfant perturbée par l'annonce du diagnostique. Ils vont redonner à l'enfant sa place dans la famille qui va améliorer la qualité de vie de l'enfant, favoriser son bon développement affectif et ainsi contribuer à son évolution harmonieuse. (Cuillert .M,2007,p98-99)

L'équipe pluridisciplinaire doit rappeler à ces parents que leur enfant peut prendre l'échange, qu'il a sa place à prendre dans un dialogue, dans une prise d'initiative, dans les moments de découvert qu'on lui laisserait le temps de faire

seul. Que les parents vont faire avec lui ce qu'ils feraient avec un autre, c'est d'être aussi naturel avec cette enfant trisomique (Amman. I, 2012, P, 23)

10- Les interactions au sein de couple:

Les échanges conjugaux, fondés sur le soutien mutuel, la participation commune et le partage sont dominants dans le développement d'une dynamique conjugale positives. Le couple constitue, dans certains cas le moteur de la dynamique familiale afin de faire face à l'handicap de leur enfant. (Duchêne.J et al, 1997, p, 100)

Le milieu familial joue un rôle majeur dans le développement social de l'enfant ; il propose des relations entre les membres et les conduites en sociétés, ce qui est un élément important de la socialisation de l'enfant. (Mallet.P, 2003, P, 88)

ZUCMAN.E indique bien que l'handicap d'un enfant joue un rôle de révélateur du fonctionnement qui préexiste au sein du couple .et si la cohésion et l'unité familiale dominent dans la dynamique du faire face, si les motivations paternelle et maternelle s'enracinent dans la poursuite d'un projet commun, le vécu de père et celui de la mère procèdent, par contre, de logiques identitaires contrastées.(Duchêne .J et al,1997, P, 100)

L'enfant handicapé est la raison de vivre de nombreux parents. Deux aspects déterminent la dynamique interactive et jouent un rôle essentiel dans le processus d'ajustement parental à la situation de l'handicap :

1-les capacités d'amélioration, de progrès et d'évolution.

2-les compétences affectives et expressives de l'enfant, son caractère joyeux, son potentiel d'amour et sa joie de vivre, ces aspects, clairement présents dans les discours parentaux constituent une aide réelle par les parents.

Cette dynamique d'évolution progressive sous-tend et nourrit un investissement parental actif et renouvelé à l'égard de l'enfant. (Duchêne.J et al 1997, P, 100)

11- Les interactions avec et au sein de la fratrie :

L'information donnée par les parents aux frères et sœur est le plus souvent déficitaire, dont laquelle l'attitude défensive des parents à l'égard de la souffrance des frères et sœurs est très grande. Mais la focalisation parental sur l'enfant déficient est telle que frère et sœurs ressentent un fort sentiment d'abandon, la tendance à la solitude et à l'isolement parce que leur mode vie est différent de ses ami. (Weil. A et al, 2008, P, 157)

Du sorte ; Le lien fraternel constitue l'un des trois grand liens (lien conjugal, lien parental) qui structure la famille.il joue un rôle considérable dans l vie intrapsychique, effective et sociale de sujet.

La relation avec l'enfant et les apports de la fratrie aux parents sont évalués positivement.la fratrie aide par son action concrète : elle surveille l'enfant avec handicap, se prend en charge elle-même dans la vie de tous les jours, dispense des soins quotidiens. Elle aide également par sa présence, elle est source de motivation, de joie et de courage lorsque les parents sentent l'investissement positif des frères et sœurs.la fratrie joue un rôle de catalyseur pour certain parents lorsqu'elle assure la continuité de l'investissement parental. (Duchêne.J et al, 1997, P, 102)

12-La socialisation de l'enfant :

Les parents jouent un rôle important dans la socialisation de ces manifestations de compétitivité. Le développement de langage chez un enfant facilite sa socialisation .le langage permet à l'enfant d'exprimer verbalement ses besoins et ses émotions et tisser des relations avec différents partenaires

sociaux. il permet aux parents de lui enseigner les normes, les valeurs et les rôles sociaux.

D'après Parke et ses collaborateurs les parents influencent la socialisation de l'enfant de trois façons différentes :

1-en tant que partenaire d'interactions

2-En tant qu'éducateur ou superviseur.

3 –En tant que pourvoyeur d'occasions ; elle réfère aux moyens pris par les parents pour permettre les interactions de leur enfant avec différents partenaires sociaux(ami, autre adulte). (Terabulsy.G-M et al, 2008, P, 80-81)

Conclusion :

L'ensemble des comportements parental ; répondent aux différents besoins de base des enfants reliés à la survie, leur bien-être et leur adaptation à l'environnement dans la qu'elle il se trouve et entreprendre ; Pour cela les professionnels doivent se mettre au travail afin d'aider les parents à se rétablir et faire ajuster leurs attentes aux potentiels et capacités réel sans chercher à projeter dans l'avenir, sans anticiper.

Cependant les parents vont progressivement apprendre à faire avec cette réalité qu'est la sienne, ils doivent organiser leurs quotidien et faire tous leur possible afin que leur enfant s'adapte et avoir une vie aussi simple que les autre dont laquelle il s'adapte et trouve les moyen nécessaire de gérer la plupart de ses besoin, et avoir une vie adapté en lui améliorant son quotidien.

Partie Pratique

Chapitre IV

La Partie

Méthodologie

Préambule

Une recherche consiste à une démarche rationnelle, organisée et rigoureuse, pour étudier et comprendre, elle doit avoir une méthodologie bien déterminée, tel le terrain de recherche, la population d'étude et les outils d'investigation.

Elle sert à la formulation des questions nouvelles et la production de nouveau savoir. Tout d'abord on doit mettre sur la pré-enquête, afin de recueillir le maximum d'informations concernant notre thème de recherche, et cela avant d'aborder l'enquête.

Dans ce chapitre, on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche et la pratique sur le terrain et la population d'étude et les outils de recherche qu'on a utilisés ; une grille d'évaluation et un entretien clinique.

1- les définitions opérationnelles des mots clés:

1-1 Trisomie 21 : est une anomalie chromosomique congénitale provoquée par la présence d'un chromosome surnuméraire pour la 21e paire,. Cet état, appelé aussi syndrome de Down, a pour conséquences de limiter le potentiel de la personne qui le présente, et même des caractéristiques morphologiques et physiologiques particulières et un retard mental.

1-2 Acquisition : c'est l'ensemble des acquis, de qualités spécifiques que l'enfant ne peut accroître pendant son développement, que ce soit cognitive, langagière, motrice..., dont laquelle on remarque des modifications physiologiques et psychologiques.

1-3 Investissement : vient de verbe « investir » qui veut dire : mettre du temps et de disponibilité afin d'accroître dans de bonnes conditions.

1-4 Investissement parental : c'est la disponibilité et énergie affectif que les parents offre a leur enfant, s'occuper et faire satisfaire leurs besoins, et être prudent et tolérant envers eux. Faire accorder beaucoup de temps pour eux.

2- la pré-enquête :

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toute la recherche scientifique, elle est indispensable, car elle représente une source très importante pour recueillir des informations sur le thème de la recherche et même sur la population visée. Elle permet de clarifier le thème de la recherche, et ainsi elle nous aide à construire notre hypothèse.

On a réalise la prés-enquête dans un centre psychopédagogie pour enfants inadaptés manteaux, dont laquelle on a expliqué au responsable notre thème de recherche et ils ont donné leur consentement et nous orienté vers les sujet qu'on a besoin. Ensuite on les a expliqué sur les technique de recherche tout en leur éclaircir qu'il s'agit d'un grille d'évaluation pour les enfants trisomiques 21, et un guide d'entretien semi directif pour les parent afin d'étudier « la relation entre les acquisitions des enfants trisomiques et l'investissement parental ».

Les parents ont donné leur accord pour la participation à notre recherche, par laquelle on s'est pu fixés des rendez-vous avec eux, ya ceux qui sont venu au centre et d'autre, qui préfèrent que l'entretien soit déroulé a leur domicile que l'entretien soit de préférence dans leur domicile.

3- La méthode utilisée :

La recherche est une pratique qui se fonde sur l'utilisation de principes destinés à guider le chercheur dans son investigation et qui sont regroupé dans une catégorie générale que l'on appelle la méthodologie de la recherche. (Abernot.Y, 2009, p, 12)

Dans la recherche en psychologie clinique vise à fournir des informations, et des connaissances fines, et approfondies des problèmes de santé psychologique d'une population, dont le but d'observer, d'écrire, et expliquer ces conduites en élaborant un savoir théorique sur un phénomène observé (Chahraoui.KH et al, 2003, P,73).

Dans notre recherche on a employées une méthode descriptive : elle permet de décrire le comportement humain mais elle n'en fournisse pas d'explication causale. Elle permet de décrire le plus objectivement possible les comportements tels qu'ils se présentent.

Selon Dessus : Décrire, c'est rendre compte, par une méthode D'observation, de la situation ou de l'activité mise en œuvre par des sujets, en identifiant leurs caractéristiques et leurs conditions d'apparition ou de changement. (Dessus. P, 2002, p, 3)

Notre objectif est de décrire relation entre les acquisitions de l'enfant trisomique avec son investissement parental. Et les difficultés quotidiennes auxquelles ces parents sont confrontés.

4- le groupe d'étude :

4-1 Enfant : Afin d'élaborer notre recherche, nous avons choisi 6 cas d'enfant trisomique âgé entre 7 et 12ans et selon Piaget ; cette tranche d'âge s'agit du stade des opérations concrètes (7-8 ans à 11-12 ans)

C'est une période caractérisé par l'accès à l'opérativité (l'opération est une action Intériorisée, réversible). La période est nommée « concrète », parce que les opérations portent sur des objets matériels, réels, manipulables (par les actes ou par la pensée). Les opérations sont de deux ordres : logicomathématiques (Classifications, sériations, accès au nombre) et infra logiques (qui portent sur des quantités continues – non fragmentées – d'espace, de temps et sont à l'origine de la mesure).

L'acquisition du schème de la conservation (conservation de la substance ou de la matière vers 7-8 ans, des poids vers 9-10 ans, des volumes vers 11-12 ans) se place à cette période. (Tourrette. C, 2008, p, 156-159)

4-2 les parents: se sont des parents des enfants duquel on a effectué notre observation, on a élaboré nous entretien, après qu'ils nous ont accordé leur accord, on a indiqué leur niveaux sociale et leurs niveaux d'instructions ; car cela joue un rôle fondamental dans la façon que les parents aident leurs enfant dans sont développement et sa prise en charge.

4-3 Tableau récapitulatif de notre population d'étude.

Tableau n° 1 : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre Population d'étude :

Les Cas	Les parents	L'âge des parents	Le niveau d'instruction	Le niveau social	Sexe de l'enfant trisomique	L'âge de l'enfant trisomique	Nombre d'enfant	Rang dans la fratrie
1 ^{er}	Père	47	Sans niveau	moyen	fille	« w »	02	2 ^{ème}
	Mère	43	sans niveau					
2 ^{ème}	père	52	1 ^{er} année lycée	moyen	garçon	« BD »	04	4 ^{ème}
	mère	48	5 Année primaire					
3 ^{ème}	père	44	1 ^{er} année secondaire	moyen	garçon	« S »	02	2 ^{ème}
	mère	37	5année primaries					

4 ^{eme}	Père	54	Sans niveau	moyen	garçon	« A.R »	06	6 ^{eme}
	mère	48	Sans niveau					
5 ^{eme}	Père	36	2année secondaire	moyen	fille	« L »	02	2 ^{eme}
	Mère	32	5année primaire					
6 ^{eme}	père	42	Terminal	moyen	garçon	« R »	02	2 ^{eme}
	mère	36	5année primaire					
7 ^{eme}	père	57	Niveau Terminal	moyen	garçon	« A »	09	9 ^{eme}
	mère	52	4année primaire					

Dans ce tableau, on a synthétisé les cas dont lesquels on a effectué notre travail sur le terrain d'une manière générale que soit les parents, leurs niveau d'instruction et la situation sociale et même de cote l'enfant, le rang dans fratrie.

5-lieu de la recherche :

Notre recherche se déroule au sein de centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Timezrit.

5-1 CMP DE TIMEZRIT :

C'est Est un centre médico-pédagogique pour enfants inadapés qui se trouve à Ideraken à Timizrit ; c'est un établissement étatique à caractère socio-éducatif.

Il a été crée par le décret exécutif 04 -203 du 19 juillet 2004.dont laquelle ses portes ont ouvert premier octobre 2005 pour enfants âgés de 4 ans à 18 ans. Ces enfants sont pris en charge sous un régime de demi-pension. Sa capacité d'accueil est de 120 enfants repartis en 6 groupes.

Se sont des enfants qui sont pris e charge par une équipe pluridisciplinaire qui sont par suite : Le directeur, un psychologue pédagogue, deux psychologues clinicienne, une psychologue orthophoniste, une psychomotricienne, des éducateurs Spécialisés, une infirmière.

6-les outils ou les instruments utilisés dans notre recherche :

Dns notre recherche on a utilisé une observation clinique qui est une observation participante vis-à-vis des acquisitions des enfants trisomique, et en seconde on a fait un entretien clinique dans le type semi-directif pour les parent en vas les présenté par suite :

6-1 Entretien clinique :

L'entretien dans les sciences sociales, le type de relation interpersonnelle que le chercheur organise avec les personnes dont il attend des informations en rapport avec le phénomène qu'il étudie. Ou encore essaie d'obtenir d'un sujet, l'enquête, des informations détenues par ce dernier, que ces informations résultent d'une connaissance, d'une expérience ou qu'elle soient la manifestation d'une opinion. (Loubet Del Bayle-j-1, 2000, p, 47)

C'est un outils utilisé par les psychologues ; il vise a appréhender et a comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation, il fait partis de la méthode clinique et des technique d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyen pour accéder au représentation subjectives de sujet. Dont on postule un lien entre le discours et le substrat psychique. (Bénony.H et al, 1999, P, 11-12)

Il apparait donc comme un dispositif toutes a fait irremplaçable et unique car permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont t'il aménage ses relation avec autrui, sa vie intime ses rêve, ses fantasme. (Ibid. P, 12)

Selon M, Grawitz : l'entretien clique « comporte peu de question, c'est l'enquête qui choisit le secteur de souvenir, les sujets qu'il veut aborder. Le plus souvent, il monologue, tous ce qu'il dit intéressent l'enquêteur, dans quelques

domaines ou ordre d'idées que se soit. Une série d'interviews est nécessaire. L'enquêteur dans ce type d'interview, s'intéresse non seulement au contenu manifeste, ce que dit le patient, aussi la façon il le dit. » (Grawitz.M, 2011, p, 646)

Il y a trois types d'entretien : l'entretien directif, l'entretien non directif, et L'entretien semi directif. Dans notre recherche et en vue de la qualité des L'information recherchée, nous avons opté pour l'entretien semi directif.

6-1-1 L'Entretien semi directif :

L'entretien semi-directif est un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance, donc le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre, car l'aspect spontané des associations et moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit. (Bénony.H et al, 2003, P, 143)

Le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelque questions qui correspondent a des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigations.ces questions ne sont pas proposer de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, a la fin de l'association du sujets par exemple. Tendis que le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; se qui est proposé et avant toutes une trame a partir de laquelle le sujet vas pouvoir dérouler son discours. (Chahraoui. K.1999, p, 16)

6-1-2 Le guide d'entretien :

L'entretien clinique est toujours associe a un guide d'entretien plus en moins structuré : il s'agit « ensemble organise de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. (Chahroui.kh.2003 P.144)

C'est une trame ; un ensemble de thème ordonnée dans laquelle on l'es repartis en plusieurs axes et dans chacun d'eux on trouve plusieurs questions consternant les thèmes de la partis destinée aux parents pour répondre.

Dans notre recherche on a établit un guide d'entretien composé dix axes qui sont (annexe 01):

Axe I : l'information personnelle :

Dans ce premier axe ; on va s'informer sur les données personnelles des parents et leurs enfants.

Axe II : le déroulement de la grossesse :

C'est dans le but de faire savoir, le déroulement de la grossesse et son impacte sur la sante et l'état de la mère.

Axe III : annonce de l'anomalie de l'enfant :

C'est dont l'objet de connaitre, quand et comment les parent ont su cet information inattendu sur l'anomalie de leur enfant ; leurs réactions; et son impact sur eux.

Axe IV : le développement de l'enfant :

Notre visée, c'est faire discerner la croissance de l'enfant trisomique au cours de son développement, et le retard présenté face a un enfant ordinaire .

Axe V : la relation parent-enfant :

Cet axe qu'on a abordé c'est en terme de constater, la relation existée les parents et leurs enfants, la basé de la relation établie à savoir l'handicap de leur enfant, la relation affectueuse, de peine de charité, d'agressivité et de haine envers eux. Et encore quelle est l'impact de cette relation sur le développement de cet enfant

Axe VI : ses relations interpersonnelles :

Pour cet axe ; on s'intéresse a La relation établie entre cet enfant trisomique et d'autre membre de la famille et de son entourage, les rôle de ses derniers envers lui.

Axe VII : son quotidien au sein de centre médical pédagogique :

Ce qui concerne, on a pour but de savoir l'âge de son l'intégration, son adaptation, sa socialisation et son incorporation parmi d'autre enfant et ses conséquence, faire reconnaître ses potentiels.

Axe VIII : l'avenir de l'enfant :

Cet axe, a Pour objet de s'informer sur les souhaits que les parents on envers l'avenir de leur enfant.

Axe IX : relation psychologue - enfant :

Cela concerne l'enfant et son intégration au centre, devoir se renseigner sur sa situation, son évolution, ses progression et ses difficultés, et cela à partir psychologue

Axe X : relation éducateur-enfant : Faire savoir l'opinion de l'éducateur sur l'intention de cet enfant, ses capacité d'apprentissage que soit quotidien ou encore pédagogique, et même son implication.

6-2 Observation clinique :

Dans notre recherche en a effectuer une grille d'observation dont laquelle on la cerner par l'observation qu'on a effectué sur le terrain.

Observer : « c'est de constater des faits tel qu'ils se présentent spontanément, ils pourraient porter sur des faits singulières, saisis globalement et médiatement. (Reuchelin.M, 1995, p, 15)

L'observation peut être définie comme la considération attentive des faits afin de les mieux connaître et de collecter des informations à leur propos. Cette observation doit être neutre dont lequel Bernard notait : « l'observateur doit être le photographe des phénomènes, son observation doit représenter exactement la nature .il faut observer sans idée préconçue ; l'esprit de l'observateur doit être passif, c'est-à-dire se taire ; il écoute la nature et écrit sous sa dictée» (Lobert Del Bayle-1, 2000, p, 24-25).

Les procédés d'observation sur le terrain sont fondés sur un contact direct et immédiat du chercheur avec la réalité étudiée ; c'est le chercheur qui pour

étudier un groupe va assister aux activités de ce groupe, dans le but de recueillir d'information essentielle et retire l'usage de ses sens. ((Lobert. Del-B, 2000, p24-25)

Selon Chahraoui : L'observation clinique considérée qualitativement et quantitativement les phénomènes comportementaux, idéatifs, langagières, émotionnels et cognitifs significatifs afin de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique et dans le mouvement intersubjectif actualisé. Cette méthode utilise la description et l'organisation des données en unités cohérentes en évitant les inférences hasardeuses. (Chahraoui.kh, 2003, p, 14)

Elle privilégie la dimension expérientielle de l'être humain. Le comportement de l'observation clinique concerne aussi la socialité, les inters relations, mais il concerne surtout l'intériorité du sujet, sa subjectivité, et l'intersubjectivité. (Ciccone.A, 1988, p, 17)

Dans notre travail L'observation on a utilisé l'observation participante dont l'observateur est toujours au départ un étranger au phénomène étudié, mais en cour de l'observation il n'est plus seulement spectateur, il devient acteur et participe au déroulement du phénomène qu'il étudie. (Lobert D-B, J-1, 2000 P, 40)

Elle repose sur l'implication de l'observateur dans la situation observée, agit sur le terrain il en existe différentes formes, dans le champ social ; mais elle est reprise en psychologie clinique, ou elle est impliquée aux observations directes réalisées par exemple dans le lieu de vie d'un enfant. (Ciconne.A, 1998, p, 32)

6-2-1 une grille d'évaluation :

C'est à partir de deux échelle, la première celle de psychologue Shopler.E « évaluation des comportements autistique » et la deuxième l'échelle de « évaluation de la personne présentant une déficience intellectuelle »(EPPDI)qu'on a inspiré, ainsi l'observation sur le terrain, les différentes activités que l'éducatrice effectue avec les enfants de son group,

qu'on a pu élaborer une grille d'évaluation afin d'évaluer la grille afin d'évaluer les acquisitions de l'enfant trisomique.

On a cite 4 catégorie : autonomie, langage, cognition, social. (Voir annexe 02)

Conclusion

La méthodologie permet une meilleure organisation de notre travail, elle est la base pour atteindre l'objectif essentielle de notre recherche et cela a travers le Enchainement des étapes et leur cohérence ainsi que déroulement de notre travail.

Chapitre V

Analyse et discussion

Des résultats

1-Présentation de cas de notre étude

Préambule :

Dans cette partie, nous allons présenter les sept(7) cas avec lesquelles nous avons travaillé. Chaque cas sera présenté avec une analyse de l'entretien avec leurs parents selon les catégories d'analyses citées à la partie méthodologique. Ainsi qu'il sera suivi par les résultats obtenus par rapport à la grille d'évaluation qu'on a effectuée à travers l'observation. A la fin on va introduire un résumé complet.

1-1 Présentation et analyse de résultat de l'entretien cas n° 1

1-1-1 Présentation de cas n° 1

« W » est une fille âgée, de neuf ans, atteinte de trisomie 21, elle est la 2^{ème} d'une fratrie de deux, depuis deux ans qu'elle est prise en charge au CMP de Timizrit, vivant dans une famille nucléaire, d'un niveau moyen. Le père a un niveau d'instruction de 2^{ème} année lycée et la mère de cinquième année primaire.

L'entretien avec la les parents :

Le non disponibilité de père, nous a laissé de mener seulement l'entretien seulement avec la mère, en cas de nécessité, elle nous informe sur les actes de son conjoint.

M^R « K » âgé de 52ans, M^me « L » est âgée de 47ans ; parents de deux enfants, la mère nous a reçu à leur domicile, où nous avons pu effectuer l'entretien avec elle. M^me « L » s'est montrée plutôt triste et réticente, nous avons remarqué qu'elle paraît stressée.

Concernant la grossesse de la mère, elle a accouché à trente huit ans et ça a été bien déroulé, sans aucun problème, ni complication, elle dit : « j'ai tout de suite oublié la douleur de l'accouchement une fois elle a été dans mes bras ». elle a été trop contente de l'avoir, elle disait : « je voulais bien avoir une fille après mon fils », même son père était très content quand il savait que sa sera une fille, la mère nous disait que le père m'a dit : « le dieu nous a offert ce que nous voulions tous les deux, dieu merci ! »¹.

A propos de l'annonce de l'anomalie ; ça a été vécu très douloureusement ça a affecté les deux parents, ils ont rien su ou même remarqué qu'après un an environ, la maman disait : « elle a eu un retard psychomoteur et on la ramène au pédiatre », ce dernier qui leur annonce la nouvelle de leur fille, la mère qui dit ; « ce jour ,mon âme a mis fin dans cette vie, j'étais vraiment choqué» ... (pleure). Concernant son conjoint ; la mère qui dit : « je l'ai vue très déçu, sur le coup, il a eu l'air très fatigué, même son visage était vraiment pâle » et elle rajoute : « même depuis ce jour j'ai remarqué qu'il est renfermé en soi-même ». C'est une anomalie qui n'est pas connu par les parents ; la mère qui dit : « j'ai entendu le terme handicapée, mais pas trisomie 21, et déjà, on a jamais eu d'handicap dans notre famille ».

Le développement de « w » a eu du retard, elle a commencé à prononcer ses premiers mot ça a été à deux ans et demi et elle a fait ses premiers pas dès l'âge de trois ans.

La communication qui est entre « w » avec ses parent est semble normal, elle ressemble a celle qu'est entretenu avec son frère ; la mère dit: « sa passe bien avec « w » on se communique et on se comprend entre nous, je ne fait pas la déférence entre elle et son frère aîné ».

¹ « eraskaaghd rabi s wayan inathgha, handoullah »,

la relation que « w » avec ses parents et surtout avec la mère est quasi bonne, Toutes la journée elle est avec sa mère ,elle partage ses tache ménagère avec elle dit : « on nettoie ensemble, on prépare a manger laver a vaisselle, lave les linge », elles mangent ensembles et au moment de s'endormir elle doit être réconforter ; la mère qui dit « même quand elle fait la sieste ou même la s'endormir la nuit, je dois être à ses cotés, elle a pris l'habitude » ,malgré que sa mère ne s'implique pas dans ses jeux et ses activités, elle dit : « je ne suis pas patiente »,mais elle nous assure que son frère s'implique dans ses jeux et même dans d'autre activité , et que même « w » que même elle est trop attachée ; la mère nous évoque : « qu'elle fait tous avec son frère ainée, manger ensemble, se relaxer ensemble jouer ensemble, même des fois dormir ensembles, elle le suit de pas à pas », pour qu'elle ne s'ennuie pas le père ,elle sort quand sont père rentre a la maison la maman évoque : « presque tous le les toujours, son papa le fait sortir quand il revient du travail », pour cela on trouve que les parents sont trop sensible leur fille : « «des fois avant même de dire quelque chose je l'induit ou encore tous monde ne comprend pas une chose pas sauf moi et son papa »

Les relations qu'a « w » avec son entourage ,sont chaleureuse , que soit avec la famille ou même le voisinage que même « w » est trop attache a sa voisine , la mère dit : « ça voisine l'appelle toujours chez elle et elle lui offert des friandises ».

Le fait de l'inscrire à l'établissement c'est pour qu'elle s'améliore d'avantage et avoir plus de connaissances et de ne pas y avoir du complexe en cas d'être a l'extérieurs en face des autres, et pour son premier jour « w » avait du plaisir , peu a peu et sans difficulté elle commence à s'adapter , la maman n dit : « elle est revenu souriante, et en peu de jour, elle commence a me parle de trop de chose et même elle se réveille très tôt ,dés fois je la trouve entrain de m'attendre dans son lait ».

Les visites des parents au centre se font rarement ; pour la mère la mère mentionne : « que mon mari travaille là-bas comme chauffeur », le père l'assure qu'il est avec un bon personnel et entre les mains confiantes, puis elle ajoute : « il est très confiant et il me disait toujours qu'il faut pas s'inquiéter, « W » est bien protégée », c'est une fille qui s'améliore progressivement au CMP, la mère est très heureuse ; elle évoque : « elle a appris beaucoup de choses, et même les acquisitions cognitives, et ça me fait trop plaisir de voir ma fille cite différentes choses ; par exemple les différentes formes ».

Concernant l'avenir de « W » ; Ses parents souhaitent que leur fille soit autonome dans sa vie, et même ou moins qu'elle va acquérir certain niveau d'intellectuelle, la mère qui dit « on voulait bien qu'elle va avoir sa place dans la société et que les autres ne vont pas la vexer, elle comptera sur elle-même. » elle ajoute même : « Je voulais bien qu'elle va avoir des acquisitions intellectuelles avancées ou moins les plus usuelles pour se débrouiller »

L'entretien avec le psychologue et l'éducatrice:

Pour la psychologue, elle nous mentionne qu'elle est été intégrée depuis deux ans, ce qui concerne ses parents, elle disait : « au début sans père nous rend visite des fois, afin qu'il s'informe sur l'état de sa fille et son adaptation » et actuellement, elle confirme, que c'est parent ne viennent que très rarement, seulement lorsque ils sont invités ou convoqués » .

La psychologue et l'éducatrice nous a cité qu'il s'agit d'une fille tranquille, pacifique, attentive et même motivée, qu'elle s'est progressée, la psychologue dit : « qu'elle a eu sa place dans le préparatoire après qu'elle était dans le précoce ».

« W » Arrive à avoir certaines acquisitions cognitives ; l'éducatrice dit : « que même si elle n'arrive pas au-delà du stade de la lecture et les calculs, elle se

fait sur l'oral et le gestuel ». C'est une fille obéissante, elle suit les consignes de son éducatrice et même elle doit le respect pour les adultes ; au début elle a appris des mauvaises manières, mais à travers les consignes de son éducatrice elle a cessé de les pratiquer ; l'éducatrice qui dit : « depuis longtemps, elle a plus refait »

La psychologue et l'éducatrice lui reproche que Malgré qu'elle a des ralentissements dans ses apprentissages, elle tient jusqu'au bout et aboutira au bon résultat ; l'éducatrice qui dit : « elle se laisse pas aller ; elle continue même si elle trouve des difficultés».

1-1-2 Synthèse et analyse :

Analyse de l'entretien des parents :

Suite à notre entretien, on constate que c'est une mère qui a un regard positif vis-à-vis de sa fille malgré qu'elle porte une crainte pour elle dans la société ; C'est possible que la cause de cette anomalie soit l'âge de la mère car la probabilité de donner naissance à trisomie entre 1 pour 900 à 38,39 ans

Que l'annonce de son handicap pour eux les a choqué, même à ce jour elle la mère ne cesse pas de pleurer quand elle parle de sa fille, elle n'arrive pas à faire le deuil de sa fille et le père qui s'enferme dans sa souffrance, car il ne parle plus de cette anomalie .mais cela ne l'ont pas laissé faire, ils sont disponibles pour elle tel la mère qui s'occupe d'elle toute la journée et l'aide à pratiquer avec elle différentes tâches qu'elle s'effectue dans la journée ,se laver, nettoyer. Ils l'ont intégré être eux avec bienveillance, et la communique d'une façon ordinaire comme son frère, et même que les parents sont marqués par leur sensibilité envers elle en introduisant ce qu'elle voulait

«W» qui est attachante à ses parents, elle doit être reconfortée par ses parents dans ses tâches. L'engagement se faisant par l'accord des parents

ensembles que; tel son l'intégration dans le centre, même elle n'est pas marginaliser, elle comme considérer son frère.

Quand au milieu qu'ils entourent est un milieu favorable, ils la traitent avec tendresse, affection, et même elle a une bonne relation avec son frère et avec les membres de sa famille.

La vision des parents envers leurs fille est optimiste, ils veulent qu'elle soit indépendante et avoir une place parmi les autres sans se complexé de son handicap et même d'avoir certaines acquisitions cognitives pour se rendre compte de certain aspects.

Analyse l'entretien de psychologue et l'éducatrice :

C'est une fille qui est bien, malgré son handicap, elle a des compétences a développe ultérieurement s'il y'aura quelqu'un à le stimuler et l'encourager car elle est attentive, C'est une fille qui comprend bien et distingue entre le bon et le mauvais, et même elle a une meilleur compréhension, mais elle est lente et si on se mettre a son rythmes elle s'améliora

1-1-3 L'analyse de la grille de « w » :

Tableau 02 : les résultats de la grille d'évaluation des acquisitions de « w »

Autonomie	Langage		Cognitive	Sociale
	Expressif	compréhensif		
16/19 pts	9/10pts	6/6pts	11/25pts	13/17pts

D'après l'analyse de la grille d'évaluation de « w », c'est une fille qualifiée par une autonomie, dont ses actes quotidienne, tel, se laver, s'essuyer, s'habiller, boutonner correctement, mettre ses chaussures, manger, et même faire ses besoins, mais elle a des difficultés de coordinations.

Elle se caractérise aussi par un bon langage expressif, dans la grille tel faire savoir utiliser le « je », « il » de manière adéquate, et même d'autres pronoms personnels, indique les actions dans une image, exprimer ses sensations.

Et même encore, par meilleur langage compréhensif, elle distingue entre les sexes, savoir les fonctions de différentes organes répond aux questions posés les plus usuels quotidiennement, elle arrive à bien comprendre et à assimiler la représentation

Par contre dans le coté cognitive, c'est une fille qui trouve beaucoup de difficultés, même s'il reconnaît différentes organes, les différentes objets quotidien, citer différents animaux domestiques, que soit de façon oral, mais elle trouve des complications de lecture, et de l'écriture, même pour suivre des point elle arrive durement

Concernant le coté social, c'est une fille, qu'est affectueuse, calme, peu souriante ; s'adapte et partage ses jouets avec les autre enfants du groupe et s'implique dans des activités au sein de son groupe, elle n'a appris à s'excuser malgré qu'elle est obéissante, et suit les consigne de son éducatrice.

On conclut que « w » est une fille qui pu se manifester dans différentes acquisition s'une manière bien mais appart qu'elle présente des difficultés cognitive

Synthèse du cas :

D'après l'analyse de l'entretien et l'application de la grille d'évaluation, on conclue que « w » est une fille qui a pu accéder aux différentes acquisitions usuel et pratique, aux cours de son processus évolutif, d'une manière approprié et cela du à l'implication et l'engagement des parents au bon moment. Leur absence dans certains tâches tel jouer, participer et dans certain activité, na pas

influencer trop sur ses acquits, les parents ont un bon investissement envers elle.

1-2 Présentation et analyse de résultat de l'entretien cas n° 02

1-2-1 Présentation de cas n° 2

« B.D » est un garçon âgé de neuf ans, atteint de trisomie 21, il est le dernier de ses trois frères .il est pris en charge au CMP de Timzrit, depuis quatre ans, cet enfant vivant dans une famille nucléaire, qui a un niveau sociale moyen, dont la mère est une femme au foyer, et le père est un fonctionnaire.

L'entretien avec les parents :

On a effectué l'entretien juste avec la mère, du à l'indisponibilité du père mais elle nous a répondu aux questions concernant le père.

M^f S, âgé de 52 ans, et M^{me} K âgée de 48 ans, parents de quatre enfants, l'entretien c'est déroulé à leur domicile. La maman s'est montrée accueillante et souriante, mais on a remarqué quelle était stressé.

Concernant la grossesse de M^{me} K, elle a eu son « B.D » à l'âge de 37 ans, elle disait : « je n'ai pas voulu cette grossesse, je ne voulais pas d'un autre enfant », c'est une grossesse qui c'est mal déroulé : « j'ai été malade, et même mon mari durant cette période ne travaille pas, j'ai beaucoup souffert pendant ma grossesse », la maman a remarqué quelque chose d'inhabituelle chez son enfant elle dit : « j'ai vue qu'il n'a pas pleuré , mais la sage femme m a dit que tout est normal » . Après juste une semaine la mère ramène son enfant au pédiatre et c'est lui-même qui l'a annoncé l'anomalie et ça a été un coup fatale pour les parents ;elle réclame : « quand le pédiatre m a annoncé ça été comme une fin du monde pour moi , je voit tous tourne autour de moi ,et même je n'ai

plus du mot»², c'est un moment qui est bouleversant ; que je ne peux pas oublié ,mais mon mari est très courageux ,d'après les dires de la mère le père a dit « c'est notre enfant ,il faut que nous prenions soin de lui ».

D'après la mère de « B.D » le développement de son enfant est différent par apport aux autres enfants, elle nous cite qu'il a commencé à prononcé ses premiers mots a l'âge de trois ans et demi, il a un retard, elle dit « on se comprend entre nous »³, ,mais il ne parle pas d'une façon claire ,il a des difficultés dans la prononciation .et il a débuté la marche a l'âge de quatre ans et demi a cause de son poids .

la relation établit entre « B.D » avec ses parents , c'est une relation très chaleureuse ,il est très gâté, la mère dit « je m'occupe de lui trop par apport a ses autres frères, je suis toute la journée avec lui », la mère ne sente pas bien en cas de son absence ,elle dit : « la maison devienne vide , trop froide ».et de coté de père la mère mentionne : « malgré son absence durant la journée ,le soir il le ramène pour faire un tour» . Ils ne peuvent plus s'en passer de lui, on ne peut pas rester loin de lui, la mère dit : « c'est vrai que je n'ai pas voulu avoir un autre enfant mais plus maintenant, c'est le seul qui reste prés de moi pendant toute la journée ». « B.D » est très jaloux de son frère, elle ajoute : « quand je suis avec son frère, il ne cesse pas de faire de bêtises ».

Quand à ses relation interpersonnelle, c'est un enfant qui aime faire des connaissances avec son entourage, surtout nos voisins, la maman dit : « il aime beaucoup notre voisine » c'est un enfant qui a un bon caractère, il parle jamais avec des gens étrange.

Concernant son inscription au centre, la maman dit : « c'était un psychologue de la poly clinique qui nous a orienté vers ce centre », après ils

² « chokighe ,ou3limgh ara dachou aradinghe »

³ « ifehmiyid ,fehlegas »

ont renseigné, puis ils l'en inscrivent sans difficultés, elle disait : « tout est bien passé ». Ça première rentrée au centre, il semblait qu'il est gêné, mais avec le temps, il se réveille à heure. La mère avoue que : « grâce à son intégration au centre il a vraiment progressé surtout sur le plan cognitive ».

Pour visites des parents au centre, se fait presque chaque semaine, elle dit que : « mon mari travaille juste à coté du centre, il renseigne presque toujours sur l'état d'amélioration de notre fils ».

Pour l'avenir de « B.D » la maman souhaite pour son enfant que du bien, elle veut qu'il sera capable de diriger sa vie sans difficultés, elle souhaite qu'il assure sa vie qu'elle dit : « si on a de moyens plus tard, on va lui faire un projet, pour qu'il puisse vivre sans obstacles ».

L'entretien avec le psychologue et l'éducatrice :

L'éducatrice voit que c'est un enfant qui est moyen, calme, mais il est agressif vis-à-vis des filles de son groupe, il suit ses activités sans difficultés, mais malheureusement, il a un problème dans sa vision. C'est un enfant qui est presque faible par rapport à l'apprentissage, tel que l'écriture, et les calculs. Elle dit : « oralement il peut te dire trop de chose, mais à part il trouve trop de difficultés »

Pour la psychologue ; « B.D » est un enfant qui est valorisée ; elle dit « c'est un enfant qui se débrouille bien, il écoute les autres », pour cela elle nous évoque la disponibilité des parents pour leur enfant, elle dit « des fois ses parents viennent pour se reconforter, se renseigner sur sa situation ».

1-2-2 Synthèse et analyse de l'entretien :**Analyse de l'entretien des parents :**

D'après notre entretien avec la mère de B.D, on constate que la maman est très affecté, elle est choqué lors de l'annonce de l'handicap de son enfant, mais plus tard elle fait tout pour que son enfant soit en bonne santé et être en toute sécurité. De coté de père il n'évoque jamais l'handicap de son enfant, il est renferme en lui, de même il n'accepte pas la réalité que son enfant est handicap, il refuse d'admettre que son enfant est un handicap.

On constate que les parents de B.D sont bouleversés de l'état de leur enfant, mais plus tard, ils l'ont jamais cessé d'offrir à lui tout les moyens pour qu'il se progresse et soit indépendant des autres. Que même le père, qui refuse la réalité de son enfant, mais il est toujours a sa disponibilité, il n'a jamais refusée de lui offrir se qu'il désire.

De l'autre coté les parents de « B.D », sont très inquiet concernant le devenir de leur enfant, ils sont fragile envers l'avenir de leur enfant, ils veulent crée pour lui un projet, mais de l'autre cote la frustration de la mère qui veut qu'il meurt avant elle ; elle a un sentiment d'effroi, par apport a l'avenir de son petit enfant.

De-ce-fait « B.D » il est bien entouré par ses deux parents, qui cherchent son bien, de lui donner un mode de vie nécessaire, pour qu'il puisse développer et acquérir tout les notions de vie utiles, pour faire face, et être parmi les autres.

Analyse de l'entretien de psychologue et l'éducatrice :

A travers la psychologue, on constate que, c'est un enfant qui a bénéficié de travail de son éducateur, puisqu'il est attentif, et calme, il suit tout les activités faites, soit par son se dernier ou la psychologue elle-même, c'est un

enfant qui est bien entourer par sa famille, ses parents renseignes sur l'amélioration de leurs enfant.

1-2-3 Analyse de la grille de « B.D » :

Tableau n°03 : les résultats de grille d'évaluation des acquisitions de « B.D »

Autonomie	Langage		Cognitive	Sociale
	Expressif	Compréhensif		
16/19pts	5/10pts	5/6spt	12/25pts	13/17pts

D'après les résultats qu'on a obtenu, dans la grille d'évaluation de « B.D », on a constaté qu'il s'agit d'un enfant qui est marqué a une autonomie, c'est un enfant qu'est indépendant dans la majorité de ses comportements quotidiennes, tel que se laver, nettoyer, manger, s'habiller, il est propre, grimper, courir...etc.

Concernant son langage expressif et compréhensif qui sont par suite ; premièrement on a évalué que « B.D » a de difficultés, il arrive à différentie entre les pronoms personnels « je » et « il »de façon adéquate, pose certain questions, parle de se qu'il fait a la maison, de ce qu'il ressent, mais il a de difficultés tel, la prononciation, ses expressions sont simples et courts, et il fait la différence entre les autres pronoms personnels. Deuxièmement il est avantagé car il fait la distinction entre les sexes, répond correctement à des questions simples destinés a lui et même il aime partager une conversation avec autrui,

Par contre le coté cognitive ; on déduit que « B.D » est assez bien, il connait bien les différentes fonctions des différentes organes du corps, f savoir différentes objets quotidien, des différentes animaux domestiques,

gribouiller, colorer, mais il n'arrive pas à suivre des pontiers, il peut compter jusqu'à cinq ; mais à part, reconnaît pas le danger il trouve de difficultés tel savoir pas compter plus de 6, problème de l'écriture , il connaît les différentes repères tel gauche, droit, proche, loin, même connaît pas les différentes jour de la semaine.

Concernant le côté sociale ; « B.D », c'est un enfant affectueux avec les autres enfants, calme, et il s'adapte au sein de son groupe, il suit les consignes de son éducatrice. Mais de temps en temps il est agressive vis à vis des autres enfants de groupe en de son groupe.

On conclut que B.D est un enfant qui a une bonne évaluation, mais il présente certaines difficultés d'apprentissage à travers sa grille d'évaluations.

Analyse de l'entretien de psychologie et l'éducatrice :

Synthèse du cas :

D'après l'analyse de l'entretien avec les parents et l'application de la grille d'évaluation avec l'enfant, on conclut que, B.D est un enfant qui a des compétences pour accéder aux différents acquisitions, cela montre que il bien investit par ses parents ; suite à leurs soutien et leurs intervention tout au long de son processus de développement. Et à travers aussi son admission au centre médico -pédagogique.

1-3-Présentation et analyse de résultat de l'entretien cas n° 3

1-3-1Présentation de cas n° 3

« S » est un garçon âgé de neuf ans, atteint de trisomie 21, il est la 3^{ème} d'une fratrie de deux sœurs et un frère, depuis six ans qu'il est pris en charge au CMP de Timizrit, vivant dans une famille nombreuse, d'un niveau social moyen. Le niveau d'instruction du père est l'année secondaire et pour la mère cinquième année primaire.

L'entretien avec la les parents :

M^{me} « L », âgée de 37ans et M^R âgé de 44ans, parent de quatre enfant, dont lequel leurs 3^{eme} atteint de trisomie, l'entretien c'est déroulé à domicile, la mère est parait anxieuse.

Concernant sa grossesse de la mère, ça a été à l'âge de vingt huit ans, ça a été bien déroulé, sans aucune complications, elle confirme : «c'était une grossesse comme les autres ».

Cette anomalie a été annoncée par un médecin traitant lorsque l'enfant a eu trois mois. Sa maman ne cesse de dire : «je ne vais jamais oublier la manière dont laquelle il nous a révélé cet handicapé ». La réaction des parent face à cet état c'était le désespoir totale et fatale: elle ajoute : « c'est la création du dieu, mais toujours je crains d'avoir un enfant handicapé »; car ils ont des handicapé dans la famille ; elle cite les parole de son mari en disant : «on a déjà cela dans la famille et pourquoi on souci, dieu qui savent le bon choix, c'est due à héréditaire »

C'est une anomalie connue déjà par ses parents, car ils ont leur proche, de leur famille qui souffre. La maman a essayé de chercher auprès de la famille et auprès de médecin qui suit S. et ainsi l'établissement

Le développement de S présente du retard ; d'après les parole de la mère qu'il a prononcé ses premiers mots à l'âge trois ans et demi en bégaiement, sa marche à vingt mois ; et qu'il a commence à être autonome, de se laver, d'être propre à quatre ans.

Cependant la relation qui relie entre les parents et S, est ordinaire qu'il est comme ses autre enfant ; la maman clarifie : «il est comme mes autres enfants, je l'aime» mais elle ajoute : « si je le laisse faire tous seul sa n'a rien à avoir que je le m'épris » ; elle se présente en cas de nécessité ; pour le père elle dit

« il est trop affectueux envers lui, il laisse personne réclamer, ou hurler sur lui ». Quand aux jeux il le fait avec ses frères ; elle dit : « comme moi je suis toujours occupé ».

Pour la communication c'est tous le monde, ma famille, les voisins lui adresse la parole elle dit : « c'est toutes la famille qui parle avec lui notre langage familiale ».

Désignant la socialisation « S » il est entouré par sa famille, il sort avec tous le monde, et il profite de son temps en dehors de la maison comme ses autres frères »

Son inscription au centre, ça a été l'idée de tous les deux après avoir orienté par son cousin, pour eux c'est une scolarisation, elle nous dit : « j'ai cru que mon enfant a le droit d'être scolarise et fréquenté l'école mais c'était le refus absolu du directeur »

Les parents viennent rarement au centre, la mère qui dit: « j'ai pas du temps et aussi que mon mari travaille , pour moi je ne peux pas me déplacer toute seule», la mère n'est pas trop inquiétante car « S » lui apparait en bon mine; elle disait :« quand il rentre il est toujours en forme, lui plaisait trop, et il s'adapte bien » . « S » avance à son rythme, il a eu des changements dans ses comportements et même il a eu d'autres acquisitions cognitives.

Les difficultés que les parents a eu qu'il est têtu, la maman qui dit « l'enfant s'accomplira ces chose même avec le refus de son père »

La relation avec ses frère est bonne ; elle dit : « ils aiment faire des grimaces entre eux », et ainsi pour sa famille et l'entourage. « S » est un enfant aimée par ces derniers, dont laquelle la mère dit : « il est attache a sa grande mère et son cousin, elle nous ajouté : « que chaque après midi c'est son cousin qui l'attend a l'arrêt », « S » passe trop de temps avec lui dans sa boutique.

Pour son avenir, les parents sont inquiet, la mère dit : « j'ai bien peur qu'il sera perdu car j'ai vu déjà ces personnes handicapées dans la famille » et au même temps elle veut qu'il assure sa vie ; elle dit : « je veux qu'il soit indépendant »

L'entretien avec le psychologue et l'éducatrices :

La psychologue nous a évoqué qu'il s'agit d'un garçon intégré depuis (2009), c'est un enfant qui très amélioré, quand à ses parents, ils viennent que rarement ; elle confirme « que si on les envoie des invitations ou même des convocations ils viendraient »

Cet enfant est parmi les enfants préférés de son éducatrice au sein de son groupe ; l'éducatrice cite : « il est trop attentif et actif même, c'est un enfant qui apprend vite, il est trop éveillé » elle nous rajoute : mais que « S » est vivace envers les autres enfants, mais il obéissant, elle ajoute : « il est agressif vis-à-vis des autres enfants il bouge trop mais il accepte les consignes des adultes », il se sent trop gêné quand je m'intéresse aux autres elle nous lance : « il est trop jaloux que des fois il urine dans son pantalon »

Pour la psychologue elle confirme : « c'est un enfant qui est avantagé plus que les autres, il apprend facilement, même s'il a un trouble du langage léger, et il a un caractère sévère ».

3-2 Synthèse et analyse de l'entretien

Analyse de l'entretien des parents

Suite à cet entretien, du fait nous avons remarqué que la maman est frustrée par la manière brutale que le médecin a annoncé l'handicap de leur enfant. Pour le père il sollicite toujours la cause de l'hérédité, C'est une probabilité que se soit lié à l'hérédité.

Le regard porté sur l'enfant est un regard ordinaire car ses parents de ne sont pas trop disponible complètement. la maman s'occupe toujours de ménage, de la famille nombreuse et son papa qui travaille et le temps qu'il a s'occupe d'autre tache.

Leurs engagement vis-à-vis de lui, même si le non disponibilité de la mère pour lui, la maman est présente seulement en cas de nécessité qu'il jeux pas et même ils ne participent pas a ses tache ou même ils ne font pas attention a leur intérêt.

Le milieu dont laquelle il se qualifie par ses bonne relations que soit par sa famille ou son entourage, que même sont affectueux avec lui, ils ont une bonne attitude avec lui.

Pour l'avenir « S » les parent on une sont craintif car ils ont déjà vue cela dans la famille, mais ils souhaitent qu'il sera bien indépendant, même ils seront qualifier pour l'aidée et même,

Analyse de l'entretien de psychologue et l'éducateur :

Ce qui concerne les dire de psychologue et l'éducateur, c'est un enfant qui est autonome et même il apprend facilement et il s'adapte au sein des autres enfants, il a trop avance, malgré certain difficultés tel son caractère rude dans le coté cognitive mais il se concentre et il est attentif et compréhensif.

1-3-3 Analyse de la grille d'évaluation de « S »:

Tableau n° 04 : les résultats de la grille d'évaluation des acquisitions de « S »

Autonomie	Langage		Cognitive	Sociale
	Expressif	compréhensif		
17/19pts	10/10pts	6/6 pts	22/25pts	15 /19pts

D'après l'analyse de la grille d'évaluation des acquisitions de « S », on a induit qu'il est autonome, c'est un enfant qui accomplit différentes actes quotidiennes, tel se laver seul, s'essuyer, manger tout seul, il est propre, et même il grimpe et court.

Pour le langage expressif, il est marqué par une bonne évaluation, c'est un garçon qui fait savoir mettre différents pronoms personnels de manière adéquates, c'est un enfant aime parler avec les autres et qui exprime ses ressentis. Et aussi marqué par un bon langage compréhensif, il reconnaît le bon et le mauvais, il distingue entre les sexes, connaît la fonction de chaque organe et comprend bien les questions qu'on lui pose.

Concernant le côté cognitif on a induit qu'il est assez bon, il définit tous les organes, différencie entre les pronoms personnels, reconnaît le « haut » et le bas, le loin et le proche, et même aussi, il peut désigner oralement les animaux domestiques, les formes et différentes couleurs, il peut calculer jusqu'à dix, mais il n'arrive pas à calculer plus ou même lire ou encore écrire il peut même pas refaire un modèle de façon bien claire.

À propos de social, on constate qu'il s'intègre au sein des autres et s'adapte entre eux, il fait des salutations, il est souriant avec tous le monde et joue avec les autres enfants qu'il est agressif avec eux, mais il est obéissant et suit les consignes de son éducatrice et un respect envers les autres personnes.

Synthèse du cas :

D'après l'analyse de l'entretien et l'application de la grille d'évaluation on a constaté que malgré que « S » est accédé aux différentes acquisitions au cours de son évolution, n'est pas due aux parents qui n'ont pas trop été trop disponibles pour lui, mais ses derniers n'ont pas été un obstacle dans ses

acquisitions car il existent d'autres facteurs tels que les autres personnes qui l'entourent puisque'il s'est élevé dans une famille nombreuse et même et même le centre a sa part dans l'amélioration et sa progression dans des autres acquisitions .

1-4-Présentation et analyse de résultat de l'entretien cas n° 4

1-4-1 Présentation de cas n° 4

« A.R » est un garçon âgé de 10 ans, atteint de trisomie 21, il est le dernier de ces frères, il est pris en charge en 2011 au CMP de Timzrit., vivant dans une famille nombreuses dont son niveau social est moyen, le niveau d'instruction de ses parents, sans niveau.

L'entretien avec la mère :

M^{me} N, âgé de 48 ans, M^r F âgé de 54 ans ; mère de 6 enfants, est dont « A .R » est le seul de ses enfants qui souffre de cette anomalie. L'entretien c'est déroulé au bureau de psychologue ; mais quand on a commencé de la poser les questions, elle semble qu'elle est entraînée de revivre une situation qui est très douloureuse. C'est à 39ans qu'elle a accouché « A.R »après, enfant 6 elle dit « je ne crois pas après, cinq enfants qui sont en très bonne santé, je vais avoir un autre qui sera différent de ses frères et sœurs »⁴.

Concernant la grossesse de M^{me}. N nous dit : « que tout au long de sa grossesse a été dans le lit, elle ne peut même pas bouger, j'ai été trop malade »⁵, en désignant la cause est probablement due à son âge que la cause est due à son âge.

À propos l'annonce de l'anomalie de leurs enfants, la mère signale que elle a remarqué que ses yeux sont petit et aussi ses main et qu'il dort trop, elle dit : « ce n'est pas la même chose que les autres enfants » le médecin na rien

⁴ «unwighe ara ad se3ughe après xemssa nedrya aqchich machi amayethmas »,

⁵ « halkaghe melih »

signalé a chaque fois quel part. c'est après deux ans et demi que sa voisine informe qu'il est différent, et cet fois ci elle confirmé après les dire du médecin ;elle disait : « le médecin me dit que votre enfant est un retardé, sans me dire de quoi s'agit-il exact » , la maman reste étonnée, elle disait : « je me trombe, c'est le dieu qui nous la donner »⁶ , quand au père, la mère nous avoué qu'il est trop triste, il ma dit : « comment allons nous faire avec lui »

Le développement est marqué par le retard ; il s'est marqué par son langage a prononcé ses premiers mots a trois ans, mais pas de façon claire ,la mère dit : « je le comprend bien , alors que les autres rarement » et a propos de sa marche il a commencé ses premiers pas a l'âge de quatre ans et demi .

La relation entre « A.R » et ses parents, est extraordinaire, ils consacrent toujours de temps pour lui, la maman nous dit : « je joue avec lui, et on regarde la télé ensemble elle dit : « on dispute des fois car il aime regarder la boxe et moi autre chose et toujours il gagne ». Et le père sort avec ; la mère dit : « il ramène toujours « A .R » dehors pour s'amuser et prendre de l'air quand- t-il revient du travail ».

La mère communique avec lui comme le ferai avec ses autres enfants, elle le comprend mais il ne peut pas me répondre d'une façon claire, du à son problème du langage, elle dit : « certain mots est trop difficile pour lui de prononcer » Ses parents ils l'on intégré dans le sport a l'aide de l'ami de son mari. Il sort dans le quartier que soit avec le père ou son frère, et on part des fois chez les voisins

Les difficultés que la mère a rencontré pendent le développement de A.R, c'est que cet enfant est difficile et sévère, sa mère nous disait : « quand il veut quelque chose il doit l'avoir ». Malgré qu'avant ont des difficultés financiers,

⁶ «targuiguigh, derbi ithidifken »,

ils n'ont pas du moyens, mais maintenant ils sont très bien, on peut lui offrir se qu'il veut, elle dit : « maintenant, on est bien, et je prive pas de ce qu'il veut »

A propos de ses relation interpersonnelle, c'est un enfant qui a de bonne relations que se soit avec ses frères, la famille, et l'entourage, la mère nous disait : « A.R » est trop attaché a sa sœur, elle dit : « quand elle est marie il a resté dans sa chambre et il pleure et voulais pas sortir la voir ». Entourage aident sa dans la prise en charge de « A.R », surtout sa voisine, la mère qui dit : « elle l'aime comme son propre enfant, et si ce n'est elle, je serai mort de fatigue »⁷.

Concernant son inscription dans le centre, c'était notre voisine qui nous qui les as orienté, apes ses sœurs sont allé pour renseignée auprès de personelle CMP, et enfin il l'on décider de l'inscrire, la mère disait : « tout est bien passé, dieu merci », (pleuré). « A. R », aime aller au centre, mais l'année dernière, il n'aime plus pour des cause inconnu, mais il a repris son rythme avec le temps il réveil à temps pour allé.

Pour son avenir la maman souhaite que son enfant devienne autonome, et indépendant ; elle nous dit : « capable de prendre soins de lui-même »⁸ et pour son avenir on va essayées de lui faire un petit projet pour qu'il puisse vivre sans problème.

L'entretien avec le psychologue et l'éducateur :

La psychologue nous a cite que « A.R » est intégrer au CMP depuis 4ans, il vient avec le bus spécialisé, en cas de convocation ou invitation ça été confirme par la psychologue quelle viendront sans aucun problème.

⁷ « thasbith a mamis, et aloukan machi dntath ilak mouth gat3av »,

⁸ “enchallah adeyezemer iyemanis

Concernant l'enfant la psychologue et l'éducatrice nous a annoncé que c'est un enfant qu'il est motivé et attentif ; il suit tout les activités et les maîtrise bien, mais il présente de difficulté aux niveaux de calcul, et l'écriture. C'est un enfant calme, une bonne relation de sa relation les enfants de son groupe, il est stable, n'est pas agressive, et que c'est un enfant qui est sociable.

1-4-2 Synthèse et analyse :

D'après notre entretien, nous avons constaté, elle a un sentiment de la peine, qu'elle est assez fort, vis à vis la situation de son petit enfant, de coté de père il ne voie pas que « A, R » est un enfant handicapé, il le considère comme un enfant qui a juste des difficultés, donc on a constatés que son père déni la réalité de son fils, il n'arrive pas a accepté l'handicap de son enfant.

Malgré les sensations qui ont subit ses deux parents, ils ont tout fait pour que leurs enfant soit on bonne santé, d'avoir une bonne éducation, avant et même après son rentrer au CMP, ses parents ne cessent jamais d'offrir a lui de leurs mieux pour qu'il soit autonome et indépendant dans sa vie.

On a remarqué que « A.R » a de difficultés lors de son développement, puis qu'il présent de retard dans tout ses acquisitions, mais après son entrer au centre, il est amélioré surtout par apport ou coté scolaire, grâce au travail de l'éducateur.

Enfin, a partir de notre entretien, on conclu que cet enfant est bien entourer par ses parents, et cela permet pour lui acquérir beaucoup de choses pour qu'il puisse vivre dans les bonne conditions. Donc le travail des parents joue un rôle important dans les acquisitions de leurs enfants que se soit cognitif, langagiers.

Analyse de l'entretien de psychologue et l'éducatrice :

Selon les dire du psychologue et l'éducatrice, c'est un qui se s'améliore progressivement, bien protégé par ses parents, et que malgré les difficultés qu'il présente au niveau de son langage, il arrive a accédé à la diverse activité qu'on lui propose

1-4-3 Analyse de la grille :

Tableau n°05 : les résultats de grille d'évaluation des acquisitions de «A.R »

Autonomie	Langage		Cognitive	Sociale
	Expressif	Compréhensif		
17/19 pts	7/10 pts	6/6pts	17/25pts	11/17pts

D'après les résultats qu'on a obtenu, dans la grille d'évaluation de «A, R » on a constaté qu'il s'agit d'un enfant marqué par une autonomie, il est indépendant dans la majorité des ses actes quotidiennes, tel se laver, nettoyer, manger, s'habiller, il est propre grimper, courir...etc.

Concernant son langage expressif et compréhensif qui sont par suit ; premièrement on a évalué que « A, R » se débrouille bien, il arrive a différentie entre les pronoms personnels « je » et « il »de façon adéquate, pose certain questions, parle de se qu'il fait a la maison, de ce qu'il ressent, mais l certain difficultés tel la prononciation, ses expressions sont simple et court, et la différentiation entres les autre différents pronoms personnels. Deuxièmes il avantage, car il fait la distinction entre le sexe, répond correctement a des questions simples destinés et même il aime partager une conversation avec autrui,

Par contre coté cognitives, on déduit que Rahim est assez bien, il reconnaît le danger, savait bien les différentes fonctions des différentes organes du corps, faire savoir différentes objets quotidien, des différentes animaux domestiques, il gribouille il colore il suit des pontiers, il peut compter jusqu'à cinq ; mais à par il trouve de difficultés tel savent pas compter plus, problème de l'écriture , il connaît les différentes repères tel gauche droit, proche loin, même connaît pas les différentes jour de la semaine.

Concernant le coté sociale, c'est un enfant souriant affectueux avec les autre enfants, calme, et il s'adapte au sein de son groupes, il suit les consigne de son éducatrice.

On conclut que, « A, R » est un enfant qui a une bonne évaluation mais présente certain difficulté cognitive vis-à-vis de sa grille d'évaluations.

Conclusion du cas :

A travers l'entretien qu'on a effectuée avec ces parents, et la grille d'évaluation par notre observation ; on remarque que « A.R » est pu parvenir a multiples acquisitions dans différentes domaines autonomie, langagière, sociale...etc. et cela grâce a l'intervention positive des parents a son égard, que leur engagement, contacte et son entourage qui a favoriser ses acquits, donc on peut mentionner que les parents ont un bon investissement vis-à-vis de « A.R ».

1-5 Présentation et analyse de résultat de l'entretien cas n° 5

1-5-1Présentation de cas n° 5

« L » , est une fille âgé de 7 ans , atteint de la trisomie 21 ,elle est la deuxième enfant de ses parents ,après un seul frère , elle est intégré ,depuis deux ans au CMP de Timzrit ,vivante dans une famille dans leurs niveaux social est moyen, ses parents leurs niveaux d'instruction est de 5^{eme} année primaire pour la mère et de 2^{eme} année secondaire pour le père .

L'entretien avec la mère et le père :

M^{me} F, âgé de 32 ans, et le père âgé de 36ans, parent de deux enfants, dont « L », est leurs seul fille qui atteint de la trisomie 21, l'entretien c'est déroulé au CMP, dans le bureau de la psychologue a partir d'une convocation, ils ont acceptées facilement de faire avec eux notre entretien, ils montrent qu'ils ont blessé à propos l'état de leurs enfants.

Avec la mère, j'ai eu mon enfant a l'âge de 25 ans, elle dit : « mon premier est un e garçon, et je veux avoir une fille », durant la grossesse de M^{me} F, nous dit que : « au début tout est bien, mais après six mois, j'ai quelques complications qui sont pas grave, mais j'étais beaucoup souffert »⁹ , avant elle ne souffre d'aucune complication ou une maladie.

Par apport a l'annonce de l'anomalie de leurs enfants , ils nous a dit « c'est après quinze jours de sa naissance ,on a ramenée notre fille chez un pédiatre , pour confirmer sur son état de santé , et c'est ce dernier qu'il les a informé, la mère dit : « j'ai pleuré »,et le père disait « j'ai été en silence totale ,je sais pas quoi dire dans ce moment »¹⁰

De l'autre coté les parents de « L », nous a cité concernant développement de leurs fille, quelle a commencé a prononcé ses premiers mots a l'âge de trois ans, mais dune manière approprier, elle a de problèmes d'articulation, et elle a commencé la marche à l'âge de quatre ans. La mère nous a dit : « elle a un grand retard dans son développement moteur »¹¹.

La relation existé entre, « L », et ses parents ; avec la mère, elle nous a avoué qu'elle adore sa fille elle peut pas 's éloigné d'elle, même aussi « L », elle dit: on joue avec ensemble, sortir ensemble chez la famille, je la prends

⁹ « soufrighe ».

¹⁰ « sesmghe ou3limgha ara dachou ardinighe ».

¹¹ « tes3a retor melih ».

avec moi toujours ». De côté de père il disait que : « elle est trop attaché de moi, dès que je rentre de mon travail, elle m'accueille avec des bras ouvertes ».

Ils la procure une stabilité parmi eux Il ajoute : « ont essayes d'offrir a elle un environnement qui est favorable, pour qu'elle puisse vivre dans un climat adéquate ».

Les parents de « L », ils annoncent qu'ils n'ont pas rencontré vraiment de difficultés vis à vis ses acquisitions, la mère dit : « elle est très calme, elle écoute les autres, attentif, ... etc. mais il s des parents craintif vis-à-vis d'elle ans la société le père ajoute : « ont très inquiétant a propos de devenir dans notre société ».

Quant a ses relation interpersonnelle, est une fille formidable, avec tout son entourage, surtout avec la fille de notre voisine ; le père dit : « la voisine aime joue avec elle, et partage avec elle ses objets ».

Concernant l'inscription de « L » dans le CMP, son été bien passe sans difficultés: « c'est mon collègue de travail qui ma orienté vers ce centre, et tout est bien passé, sans difficultés ». Mais lors de sa premiers rentré ça été difficile pour elle ; la mère dit : « elle beaucoup pleuré, grâce a son éducatrice, elle aime toujours venir au centre sans problèmes ».

Pour l'avenir de « L », ses parents souhaite a elle que de bonheur et surtout de la santé, et quelle sera autonome et indépendante des autres.

L'entretien avec l'éducateur et la psychologue :

D'après les dires de psychologue de centre, c'est une fille qui très sage, se comporte bien avec les autres camarades de son groupe, elle entourer par ses parents dans tout les cotés de la vie quotidien .son père renseigne sur son évolution presque chaque semaine.

De coté de l'éducateur, nous a annoncé que, c'est une fille qui est intelligente, elle fait des efforts durant tout les activités, elle actif.

1-5-2 Synthèse et analyse :

Analyse de l'entretien des parents :

Suite à l'entretien fait avec les parents de « L », on constate que ils ont une blessure qui a été inattendue, puisque ils ont ramenées « L », juste pour se confirmée au pré de médecin a propos de son état de santé, suite a cette annonce les parents de « L », ont un sentiment de la peine vis-à-vis leurs fille, surtout ce qui concerne son avenir. Peut-elle être autonome et être capable de prendre soins de soi même.

Les parents « L » ils ont très affecté a propos de l'handicap de leurs fille, ils ont jamais sissent d'être au prés d'elle dans tout ses processus de développement, que se soit, l'autonomie, langage, etc...., ils ont tout fait pour qu'elle va avoir une bonne éducation, mise a part « L », est une fille qui est sociable, se qui a permet a ses parents de l'intégrer dans le CMP sans difficultés, de coté de père d'après ses dires, elle est trop attaché de lui, puisque dés qu'il rentre, elle l'accueille chaleureusement.

Les parents de « L », malgré le retard mental de leurs fille, ils déclarent qu'elle fait des efforts pour s'améliorer dans toutes ses acquisitions, surtout lors de sa rentrer au centre, elle est très progresser concernant le coté scolaire.

En fin, on constate que les parents de « L » sont une disponible au pré de leur fille, ils font de leurs mieux pour qu'elle s'adapte avec les autres.

Analyse de l'entretien de psychologie et l'éducatrice :

A propos les dires de la psychologue et de l'éducatrice, on a déduit que cette fille, en dépit de son handicap, elle se développe presque de la même façon que les autres enfants normaux, puisque elle bien entourer par ses parents.

1-5-3Analyse de la grille DE « L » :

Tableau N° 06 : les résultats de grille d'évaluation des acquisitions de « L »

Autonomie	Langage		Cognitive	Sociale
	Expressif	Compréhensif		
17/19pts	5/10 pts	6/6pts	11/25pts	12/17 pts

D'après les résultats qu'on as obtenu, dans la grille d'évaluation de L , on as constaté qu'il s'agit d'une fille qui a une autonomie, , c'est une fille qu'est indépendante dans la majorité de ses comportements quotidiennes, tel que se laver, nettoyer, manger, s'habiller, il est propre, grimper, courir...etc.

Concernant son langage expressif et compréhensif qui sont par suit ; premièrement on a évalué que il a de difficultés, il arrive a différencie entre les pronoms personnels « je » et « il »de façon adéquate, pose certain questions, parle de se qu'elle fait a la maison, de ce qu'elle ressent, mais elle a certains difficultés tel la prononciation, ses expressions sont simple et court, et la différenciation entres les autre pronoms personnels. Deuxièmement, elle est progresser, car elle fait la distinction entre le sexe, répond correctement a des questions simples destinés et même elle aime partager une conversation avec autrui, en dépit de son plus jeunes âge.

Par contre coté cognitives , on déduit que « L » est assez bien, elle reconnait le danger, savait bien les différentes fonctions des différentes

organes du corps, faire savoir différentes objets quotidien, des différentes animaux domestiques, il gribouille il colore, mais il n'arrive pas à suivre des pontiers, il peut compter jusqu'à cinq ; mais à part il trouve de difficultés tel savent pas compter plus de 5, problème de l'écriture , il connaît les différentes repères tel gauche, droit, proche, loin, même connaît pas les différentes jour de la semaine.

Concernant le côté sociale, c'est une fille affectueuse avec les autres enfants, calme, et elle s'adapte au sein de son groupes, elle suit les consigne de son éducatrice.

On conclut que L, est une fille qui a une bonne évaluation mais présente certain difficultés cognitive à travers sa grille d'évaluations.

Synthèse des cas :

Enfin, c'est vrai que le CMP joue un rôle vital dans l'évolution des enfants trisomique, mais sans l'intervention et le soutien des parents, ils ne seront pas capable de s'épanouir. Donc à propos le cas de « L » ses parents ont un bon investissement sur elle d'après l'entretien réalisée avec eux et la grille d'évaluation de « L ».

1-6-Présentation et analyse de résultat de l'entretien cas n° 6

1-6-1Présentation de cas n° 6

«R» est un garçon âgé de neuf ans, atteint de la trisomie 21, il est l'ainé de la famille, depuis quatre ans, il est pris en charge au CMP de Timizrit, ses parents ont reçu sont diagnostique après quelques mois, vivant dans famille nucléaire, d'un niveau social est moyen .le père a un niveau terminal et la mère de cinquième année primaire.

L'entretien avec les parents:

Malgré la non disponibilité du père, il n'a pas pu effectuer l'entretien avec eux ; mais la mère nous a accordé de répondre à nos questions et même de nous indiquer des informations concernant son conjoint.

M^R « F » âgé de quarante deux ans et M^{me} « S », âgée de trente six ans, parents de deux enfants. L'entretien s'est déroulé à leur domicile. La mère est montrée accueillante, anxieuse par l'handicap de son enfant. Elle nous répond en cas de nécessité sur les actes et les paroles de son conjoint.

Concernant la grossesse; Mme « S » a accouché à 27 ans, elle dit : « j'ai tant voulu que le temps passe vite, afin que je le prendrais dans mes bras » et que sa grossesse a été déroulée dans de bonnes conditions ; elle me dit que « tout est bien passé, à part quelques difficultés au moment de l'accouchement, sa première grossesse » mais à part, elle ajoute : « je n'ai eu aucune complication et ni même un autre problème de santé que soit avant la grossesse après ».

Concernant l'annonce de l'anomalie de son enfant, elle a rien remarqué, ils n'ont rien su, car elle disait « tout est bien chez lui, ils ont rien signalé comme problème et pour moi c'est mon premier je n'ai pas d'expérience »¹².

Après cinq ou six mois, qu'ils remarquent de différences entre son enfant et tous les autres enfants de leur famille, la maman dit : « il dort presque tout le temps, il est trop calme »¹³...(silence) ; et que le moment de qu'il on informe est mémorable en eux, elle dit « c'est inoubliable »¹⁴ la mère et devenue émue, elle dit : « je me suis restée sans voix, je ne sais pas quoi dire », quant à son mari

¹² « eydanan wallou, etvaned bien, thamazwarou nagh, oussinaghara bien ».

¹³ egan-ken, ouditvine -ara southisse aok

¹⁴ « ethatoughaarak »

il est inhibé mais il reprend , elle dit « il a baissé ses yeux, et après un peu de temps il me dit : « c'est notre enfant, c'est le dieu qui la envoyez pour nous, on doit prendre soin de lui »¹⁵, sa été dur pour eux car la maman dit : « on se moment, c'est comme si un tremblement de terre, ruine notre vie »

Concernant son développement « R » présente du retard, qu'il a prononcé ses première mots ; mais pas de la façon claire à trois ans, elle dit : « on se comprend bien même s'il a des difficultés de prononciation »¹⁶ ; et débuté sa marche presque à l'âge a trois ans et demi.

La communication mené par la mère elle est favoriser beaucoup plus par la mère ; elle disait, elle l'aime communiquer avec lui, lui parlé ; « je ne peux pas rester plus de demi heure minute sans l'appelé sur son nom ».

A propos la relation parent-« R », qualifié par une cohésion, la maman a avoué : « qu'aux tous débuts j'étais perdu, mais mon mari était la, on c'est en sortis tout doucement » .qu'elle passe du temps avec elle et partage avec lui ses moments de sa relaxation ; elle dit: « on joue ensemble et on regarde le dessin animé a trois, en sort dans le jardin, même des fois en chante ou en dense ensemble », fait avec et aide sa maman dans les tache ménagère ; elle dit : « il nettoie avec moi et m'aide dans la vaisselle et autre chose quotidienne »

C'est des parents qui sont attache à leur enfant ; « on l'aime trop, on peu pas le voir loin de nous »¹⁷. L'intérêt porter par leur père est très éprouvé et captivant ; elle révèle : Elle nous ajoute : « que son papa à chaque fois qu'il rentre il vient jamais les mains vide, et des qu'il ouvre la porte il les appelle », et des fois ils s'en dort ensemble la mère évoque : « quand il rentre du travail, il s'endort tous les deux ensemble », sont des parents qui le prend avec eux

¹⁵« mithnar, Rabi er thidichaan, ellak atha nhathar »

¹⁶ «ehadrade mis oudisfrayara- mlih, dachou fahmagh efahmiyid »

¹⁷ « nat-hibith bazzef, ounazmirara athiba3ade felanagh ».

dehors pour se détendre ; elle dit : « il sort ensemble chaque après midi et même moi, des fois en rend visite à la famille , et encore il part au manège dans les weekend»

La difficulté que j'ai rencontrée avec lui : « c'est son état de santé, il est trop fragile, et le jour où il tombe de première étage », la peur des parents de le perdre et une culpabilité de la mère face à l'accident de son fils, et elle ajoute : « je me pardonnerai jamais, je me suis tourné pour quelque minute envers son petit frère, il est tombé », son père a trop peur ce jour là, il craint de le perdre.

Ses relations interpersonnelles, c'est un enfant qui a une bonne entente avec son frère, mais pas trop avec les autres car la maman disait : « est calme et reste toujours à nos côtés une fois dehors ».

Quand à son inscription au centre, et due à l'ami de son père qui les a orientés la maman nous évoque : « c'était l'ami de mon mari qui parlait lui, et juste après on s'y est allés afin de s'informer ». Et ils n'ont pas rencontré d'obstacle dans ses inscriptions, et pour sa première rentrée s'est ennuyée elle disait : pour sa première rentrée s'était fatigué pour lui ; elle dit « il c'est directement en dormit » mais juste après se passe bien ; mère indique : « des fois même il se réveille avant que je le réveille, et il part sans problème ».

Pour son avenir, le souhait des parents que leur enfant sera un de ses jours indépendant, qu'elle disait : « je voulais qu'il sera autonome, il comptera sur lui »¹⁸ ». Qu'un de ses jours peuvent lui fournir le nécessaire ; elle dit : « on veut faire construire son avenir si on est les moyens, mais un de ses jours pourquoi pas »

¹⁸ « athizmir imanisse, athitkal fellas

L'entretien avec le psychologue et l'éducatrice:

La psychologue nous cite que c'est un garçon qui s'est intégré en 2011, il est accompagné par son père chaque matin, et ses parents sont toujours disponibles en cas de convocation ou d'invitation, son papa vient fréquemment pour s'améliorer sur l'état à ce jour son papa vient sans même le convoquer afin de s'informer sur la progression de leur enfant : « ces des parents qui font très attentions pour leur enfant ».

La psychologue et l'éducatrice, ont avoué que son état de santé l'empêche de progresser, et la psychologue ajoute : « qu'au début il a de la potentialité, mais au fil du temps sa santé régresse ; dont laquelle son rythme se diminue » c'est un enfant moins attentif, et des difficultés cognitives telles que la lecture et l'écriture et même il est calme et docile et il n'est pas trop sociable.

1-6-2 Synthèse et analyse :**Analyse de l'entretien des parents :**

Suite à notre entretien avec la mère de « R », d'un côté nous avons remarqué qu'elle est trop affectée par l'annonce du handicap de son fils aîné, elle a eu un choc à ce jour elle n'arrive pas à accepter car à chaque fois qu'elle aborde le handicap de son enfant elle pleure, elle ne fait pas le deuil de son enfant, et que le père a pu faire avec, car il le considère que c'est une créature offerte par le dieu à eux afin de leur servir à leur disponibilité.

Malgré le choc qu'ils ont subi, ils l'ont accepté, ils l'ont accueilli à bras ouverts, ils ont un regard de peine et même chaleureux envers lui.

Leur engagement envers lui, leur disponibilité surtout la mère, qu'elle est avec lui pendant la journée à ses côtés, jouer avec lui, regarder la télé, manger

ensemble faire partager différente tache, lavez la vaisselle et qu'elle aime le communiqué, elle adresse lui la parole, elle appelle toujours, dont elle ne laisse jamais se séparer de lui et même trop tarder loin. Elle a culpabilisé quand t-il a eu cet accident.

De coté du père ; la mère nous indique que même la non disponibilité du père pendant la journée, mais rien ne laisse de s'occuper de lui et être a ses coté quand il revient il est la pour lui qu'il s'endort ensemble, sortir ensemble.

Le milieu qui l'entourent, que « R » na pas un contacte suffisant avec eux il demeure toujours aux cotés de leurs parents ».

La décision prise par les parents ; de le mettre au centre est un engagement partagé par les parents cela pour qu'il s'améliore aux cours de son développement dans la majorité de ses acquisitions, leur visite régulière afin de s'informer sur état d'amélioration de leur enfant et réconfort face a sa progression.

Analyse de l'entretien de psychologue et l'éducatrice :

Ce qui concerne les dire de la psychologue et son éducatrice, c'est un enfant qu'il est bien sécurisé par ses parents, qu'il l'on investit mais c'est un enfant qui présente de retard modère plus au moins important que les autres enfants trisomiques et cela due a son perturbation de son état physique. et aussi ce n'est pas un enfant intégratif parmi les autres, il est évitant.

1-6-3 Grille d'évaluation de « R » :**Tableau n° 07 : les résultats de la grille d'évaluation des acquisitions de « R »**

Autonomie	Langage		Cognitive	Sociale
	Expressif	compréhensif		
17 /19pts	5/10pts	5/6pts	13/25pts	11/17 pts

D'après l'analyse de la grille d'évaluation de « R », on a constaté que c'est un enfant qui se caractérise, par une autonomie, dans ses apprentissages quotidien, ses comportement tel, se laver, s'essuyer, s'habiller, boutonner correctement, mettre ses chaussures et même il faisait ces lacets mais d'une manière lente et souple, manger, et même faire ses besoins voire aussi qu'il grimpe et court sans l'aides des autres, il a une bonne coordination. On a déduit que c'est un enfant qui accomplit ces activités personnelles par soi-même.

De même, il se caractérise par une moyenne dans le langage expressif, tel faire savoir utiliser le « je », « il » de manière adéquate, et même d'autres pronoms personnels, indique les actions dans une image, exprimer ses ressenti, par contre il ne prononce pas la majorité de ses mots, il ne raconte pas ce qui a fait dehors, il ne pose pas trop de questions.

Bien que son langage compréhensif, il est fort, tel il distingue entre les sexes, savoir les fonctions de différentes organes répond aux questions posé pour lui surtout les plus usuels quotidiennement.

Par contre dans le coté cognitive, c'est un enfant qui est assez bien, il peut reconnait différentes organes, les différentes objets quotidien, citer différentes animaux domestiques, différentier entre les formes il peut colorer, et même, mais il présente des difficultés tel le manque de capacité, il est dyslexique, dysorthographique, dyscalculie.

Concernant le coté social, c'est un enfant peu souriant, affectueux, calme; s'adapte et partage ses jouer avec ses les autre enfants du groupe et s'implique dans des activités, mais il un peu souriant des fois il est agressif avec les enfants, il s'excuse pas en cas de bêtise, suit pas les consigne den son éducatrice.

On conclut que « A », aux cours de son développe a pu procurer certain acquisitions qui sont nécessaire pour lui.

Synthèse du cas :

D'après l'analyse de l'entretien et l'application de la grille d'évaluation on as constate que « R » est un enfant qui a pu accède au différentes acquisition au cours de son développement dont laquelle il conservé une bonne relation affectueuse avec les parents même s'il évitant avec les différentes personnes de son entourage, et qu'il s'adapte de façon appropriée avec les différents enfant dans l'établissement, et tous cela due à l'intérêt porter par les parents et le guidance au cour de son développement afin de le favoriser , c'est des parents qui ont un bon investissement avec

1-7-Présentation et analyse de résultat de l'entretien cas n° 7

1-7-1Présentation de cas n° 7

« A » est un garçon âgé de 10ans, atteint de trisomie21, il est le dernier d'une fratrie de neuf enfant, il est prit en charge depuis trois ans dans le CMP de Timizrit. Vivant dans une famille nombreuse, d'un niveau social moyen. Le niveau d'instruction du père est terminal et la mère et de quatrième année primaire.

L'entretien avec les parents :

M^{me}. « K », âgée de 52 ans, et M^f« H », âgé de 57ans. Parent de neuf enfants, Notre entretien s'est déroulé au niveau de bureau du psychologue, Ils sont sages et confiants.

Concernant la grossesse, la mère a accouché à quarante deux (42) ans, c'est une grossesse qui n'est pas programmé, ça a été bien déroulé, et qu'elle ne souffre pas d'aucune maladie ; comme la mère le confirme : « ça a été bien passé j'ai n'ai eu aucun problème, ni complication », elle ajoute : « durant ma grossesse j'étais suivi par un gynécologue».

A propos de l'annonce de l'anomalie, les parent ont su quand il est rentré à l'école, le père qui dit : « le directeur m'a appelé, une fois que je suis dans son bureau ; me dit que « A » est différent, il n'est pas comme tous les autres enfants, ce n'est pas la place qu'il lui faut ». C'est ce dernier qui a orienté M^f « H » a cet établissement, le père dit : « puis c'est lui-même qui m'a donné l'adresse, c'est une place convenable pour lui ». le père qu'est sous le choque ;Le père ajoute « j'ai été vraiment inquiet d'entendre ça » ,la mère est informé par son conjoint ; Elle dit que : « quand mon mari m'a parlé, j'étais bouleversé ; et je ne trouve pas où est sa déférence, c'est vrai qu'il présente un retard de motricité mais c'est pas quelque chose de grave».

Le développement de «A» a présenté de retard, que soit dans le langage qui a commencé à prononcer des mots a trois ans et demi , et présente des troubles psychomoteurs, tel la marche a quatre ans et demi et que sa propreté

de jour et de nuit ça a été à quatre ans et demi, et les différentes pratique quotidienne ce n'est qu'à partir de quatre ans à cinq ans ; la mère qui dit : « son développement n'est pas comme mes autres enfants, il a eu du retard dans son processus évolutif »

La communication qui est entre « A » et ses parents, d'un côté la mère utilise le langage de l'autre côté, le père et ses frères utilisent des images et puzzle, des jeux éducatifs..., le père qui dit : « qu'on regarde ensemble la télé je lui demande de me dire ce qu'il a compris, et même à travers des images d'un livre ».

La relation que « A » avec ses parents, est altruiste, la maman qui est présente avec lui toute la journée, elle dit « je voulais bien qu'il se débrouille tout seul, je le laisse tout le temps, pour qu'il accomplisse les tâches qui lui correspondent », et son papa qui est aussi disponible pour lui mais il est persévérant avec lui ; il dit « il y a certaines choses que je dois le limiter, car si pas bon pour lui de s'exagérer » et même savoir ses limites tel : « je ne doit pas lui tout donner, il doit savoir ses bornes », manger ensemble le père dit : « c'est la loi de la maison, tous à table », et même on ne peut pas sortir sans lui ; la maman dit « je sors de la maison, des fois juste pour lui », et le père qui dit : « toujours on sort ensemble, même au marché je le prend avec moi ». Et ce qui concerne d'autres activités ils disent qu'ils sont loin de la ville et que chez eux ils n'ont pas des clubs. Le père dit : « la maison est vide sans lui ».

Les difficultés que les parents ont rencontrées avec lui ce qu'il est tenace ; la mère dit : « il est têtu »¹⁹ le père qui ajoute : « s'il veut quelque chose il le fera même s'il savait qu'on sera furieux »

pour la relation interpersonnelle établie avec « A » ; que se soit la fratrie ou les autres membres de la famille, l'entourage on trouve qu'il est marqué par une bonne relation, le père dit : « il aime trop mon ami qui habite

¹⁹« Ekour oukarouiss »

Just a coté, il est trop attache à lui car il a des animaux domestique et même il est très affectueux envers lui », les parent sont content par cela le père ajoute : « il n'est pas marginalise, ils le traitent comme tous les autres, et nous somme vraiment apaiser pour cette amour que les autre lui présente afin qu'il ne ressent pas son handicap », les autres ne particularisent pas leur attitude en vue de « A » et ses frères ; la mère cite : « tous les personnes que je connais voient me fils comme tous mes autres enfants, et même ils le privent de rien ».

Son inscription au centre était facile et, la mère dit : « toutes est bien passé, sans difficulté », pour ses premiers jours il n a pas cessé de pleurer et juste après il s'est adapté, la mère dit « il me parle trop du centre », Il s'est amélioré, puis le père ajoute : « a ses début il est devenu agressif, même il s'est régressé un peu et que un an après sa marche pour lui».

Les visites des ses parents au centre se fait à plusieurs reprises, ils se sentent à l'aise: le père qui dit : « quand je pars au centre, je me sens vraiment que mon enfant est bien protégé », et même il y a un suivi après le centre et surtout dans son absence ; le père le réclame : « j'ai cherche le programme de ces camarade au centre pour que je le fasse a la maison ».

Parlant de l'avenir de « A », les parent sont optimistes ,ils envisagent que leur enfant soit dans des bonnes conditions; le père dit : « des qu'il arrive dix huit ans, je le ferai une formation dont laquelle je vais lui faire un projet sur son nom, pour qu'il assure sa vie»,il ajoute : « je voulait bien qu'l vas avoir un bon niveau intellectuel » il apprend ses enfants d'être toujours a ses cotés parce que il as toujours besoin d'eux il ajoute : « que moi et sa maman ne seront pas ici pour lui éternellement, mais j'espère que ses frères ne vont pas le laisser».

L'entretien avec l'éducateur et la psychologue :

La psychologue nous indique que c'est un enfant bien favoriser par leur parent elle dit : « vraiment c'est des parent qui ont offert pour lui une éducation approprié pour lui, malgré son handicap. » et dit que des parents qui viennent au centre : « ils aiment venir au centre » et elle nous confirme que se sont des

parents très accueillant, et qui veulent savoir plus d'informations sur l'état de leur enfants

D'après les dires de psychologue de centre, c'est un garçon qui très trop calme, ne bouge pas, il est affectueux et trop éveillé la psychologue dit : « il a une vitalité extrême, l est tous bon » pour son éducatrice c'est un enfant qui docile et même il est très bon dans ses apprentissages ; elle dit : « il est parmi les meilleurs et vraiment il suit et apprend progressivement ».

7-2 Synthèse et analyse :

Analyse de l'entretien des parents :

Suite à notre entretien on remarque que « A » est un enfant non désiré, mais il n'a pas de répercussion sur la santé de sa mère ou sur la relations familiale.

L'annonce de l'anomalie pour les parents ; était le choc du père par la manière inattendu, que le directeur lui a informé.

La relation de complicité que les parents ont eu avec leur enfant ; ils ont un contact affectueux, et de communication, jouer, regarder la télé ensemble.

leur engagement, leur disponibilité que se soit de coté de la mère ;elle est avec lui ,quand il est malade, quand il a besoin de quelque chose ou même sortir avec lui pour ne pas trop s'ennuyer, et de l'autre cote le père, aime sortir avec lui en lui implantant certaines règles qui sont nécessaire pour lui au fil des années, et le fait intégrer au centre , c'est une décision que les parent veulent que son enfant soit offert une autre aide que celui de la maison et avoir une amélioration des ses acquis quotidienne et même cognitive .

Les parents indiquent que sa croissance, a eu du retard en vue de ses frères dans tous ses acquisitions ; mais il a pu arrivé à l'avoir avec le temps que soit autonomie, social, cognitive que même ce dernier trouve plus de difficultés

Ce qui concerne le milieu de vie qui l'entoure est un milieu affectif, ils l'ont comblé d'amour dont les parents se sentent vraiment reconforter, C'est un entourage qui manifeste trop de douceur pou lui.

Ce qui concerne son avenir les parents veulent que son enfant va être bien avoir certain niveau intellectuel et qu'il assure son avenir.

Analyse de l'entretien de psychologue et de l'éducatrice :

Pour eux « A » est un enfant très bon, il est affectueux, sage et docile et même dans ses apprentissages il est attentif, au fur et à mesure il s'améliore et se progresse et que même la psychologue nous a confirmé que ses parents en ont une grande part dans son évolution harmonieuse.

1-7-3 Analyse de la grille :

Tableau n° 08 : les résultats de la grille d'évaluation des acquisitions de « A »

Autonomie	Langage		Cognitive	Sociale
	Expressif	compréhensif		
17/19pts	7/10pts	6/6pts	22/25 pts	12/17 pts

D'après la grille d'évaluation des acquisitions de « A », on a remarqué que c'est un enfant qui définit par une autonomie dans ses actes quotidiens tel se laver, essuyer, manger, s'habiller, attacher ses lacets de façon souple, et qu'il est propre du jour et de la nuit.

De même, il se caractérise par un langage expressif moyen, il différencie être les pronoms personnels, formuler des phrases simples, et des expressions bien polies...etc., et par une bonne compréhension langagière, il distingue entre les sexes, savoir les fonctions de chaque organe, et surtout il sait répondre aux questions ...etc.

Pour le côté cognitif, c'est un enfant qui a eu une bonne évaluation, il est compétent, il reconnaît le danger, faire citer différents objets, différents animaux domestiques, savoir le haut et le bas, loin et proche, et peut compter jusqu'à dix, mais il a certaines difficultés tel la lecture des mots complètes, l'écriture, la distinction entre hier et demain ...etc.

Concernant le côté social, c'est un enfant souriant, faire des salutations bien précis, suit des consignes de son éducatrice, il accepte l'autorité de l'adulte, même s'il est agressif dans ses début envers les autres enfants mais il s'est adapté et devenu tranquille et obéissant de son groupe ; enfin il est affectueux, et il aime partager ses jouets.

Synthèse du cas :

A est un enfant qui a pu accéder aux différentes acquisitions au cours de son processus évolutif, il s'est caractérisé par son autonomie et un langage moyen et même une adaptation sociale, même s'il retrouve de difficulté cognitive mais il accède à certain d'eux et cela du au bon investissement des parents pour lui car ils on offert de leur mieux que soit leur contacte, disponibilité leur engagement ou même ses règle afin de s'accroitre harmonieusement

2-Discussion et analyse des hypothèses :

L'ensemble des résultats obtenus par les techniques du recueil pour vérifier notre hypothèse concernant « la relation des acquisitions de l'enfant trisomique avec l'investissement parental », a travers l'entretien clinique et la grille d'évaluation des acquisitions de l'enfant trisomique qu'on a effectué à partir de l'observation clinique, montrent que, cette hypothèse était confirmée chez (6/7 cas) et infirmé chez un seul cas .

On a confirmé notre hypothèse sur 6 /7 cas : les parents de ses derniers manifestent un bon investissement envers leurs enfants, on trouve les cas suivante : « B.D » et « W » et, « L » et « A.R », « R », « A ».

Dans l'analyse des entretiens, on a déduit que les parents jouent un rôle essentiel dans les acquisitions de leurs enfants pendant leur croissance même si qu'au début ont du mal à admettre l'annonce de l'anomalie de leurs enfants, ils ont affecté et inquiet dans les cas suivantes ; « W », « L », « A.R », « R » « A », tant pour le cas « B.D » c'est une grossesse qui est non désirée dès le début mais au fur à mesure ; ils ont accepté ; la mère dit : « c'est vrai que je n'ai pas voulu avoir un autre enfant mais plus maintenant, c'est le seul qui reste près de moi pendant toute la journée » , malgré cela, ils l'ont accueilli parmi eux et ils font de leur mieux pour qu'ils s'accroissent dans de bonnes conditions, Selon BAULINET.M (2012) : L'apparition de l'enfant handicapé, c'est l'arrivée d'un enfant différent de l'enfant imaginaire et de l'enfant réel sans handicap ; c'est une double déception. Et pourtant, il va falloir accepter que l'autre soit autre, c'est une reconnaissance du réel, il va falloir reconnaître cet enfant dans son altérité.

À propos du cas de « A.R », « W », « L », « B.D », « R », « A » on déduit que leurs parents ont joué un rôle vital face aux acquisitions de leurs enfants, grâce à leurs disponibilités, tel jouer avec eux, s'endormir en les

réconfortant ,tel le cas de « W » elle s'endort jamais si la maman ne soit pas a ses coté , Le fait de jouer avec eu ,regarder la télé dans les cas de « R »et « A » .

Pour « W »même si la maman ne joue pas, elle est impatiente, mais elle assure que sont ainée le fait avec sa sœur et que cette dernière le suit pas à pas, Selon Boire : l'investissement parental est opérationnalisé à partir la quantité de temps passé par les parents dans l'accomplissement de différents actions ; leurs interaction directe et leurs accessibilité pour lui. En remarque aussi que le cas de « W » la mère a une sensibilité envers sa fille elle dit : «des fois avant même de dire quelque chose je l'induit ou même des fois tous le monde ne la comprend pas sauf moi et son papa », d'après Ainsworth, et al (1978). Ils définissent la sensibilité parentale par la capacité du parent de percevoir les signaux de l'enfant, de les interpréter et d'y répondre de façon appropriée.

C'est des parents qui sont fière de leurs enfants, ils sortent avec eux que soit dans leur quartier ou même voir la famille, encore allez au manège qui sont évoqué dans le cas de « W », « B.D » « A.R » « L » « R » « A », afin qu'ils vont s'adapter et s'intégrer parmi les autres , et de ne pas se complexer face a leur handicap, d'après Ammann (2012) : « le milieu dans lequel il grandit ; ce qui concerne aussi l'enfant trisomique les soins et l'attention qu'il reçoit, la société qu'il accueille et toutes les personnes qui le côtoient vont être des facteurs déterminant qui permettront ou non a l'enfant porteur de trisomie de se développer, de vivre et de grandir avec son handicap dans des meilleurs conditions possibles .

Concernant le cas de « A.R » ; est un enfant qui a pu parvenir à avoir divers acquisitions, et que cela est du au regard positive porté envers lui, ils ont même pu l'intègre au sport D'âpres Trivers (1972) ; conçoit l'investissement parental comme toutes actions parentales qui favorisent les chances de survie de son enfant, s'actualise en fonction des coûts et des bénéfices associés aux actions de soin procuré pou son bébé ».

Ce qui concerne le cas de « R » par rapport à l'accident qu'il a eu, ses parents se culpabilisent, due à l'attachement qu'ils le relie, et la peur de le perdre ; Selon Boire (2003) : l'enfant a besoin d'être gratifié de l'attachement et son accompagnement d'un fort désir de le protéger de danger, de la douleur ou de l'inconfort par leurs parents ; c'est le cas « W » qui doit être reconforté, et « L », qui est trop attaché à son père ; et « B.D » la mère ne peut plus s'éloigner de lui ; « R » sa maman voit un vide dans la maison lors de son absence selon Tarabulsky (2008) : l'enfant a besoin de s'attacher à ses parents, cette relation d'attachement qui s'établit principalement avec ses parents qui répond quotidiennement à la détresse de l'enfant. Grâce à cette relation de qualité l'enfant prendra à réguler ses émotions et développera d'une confiance en lui.

Pour la persévérance qui est bien introduit, on trouve le cas de « A » un exemple adéquate dans notre recherche, les seuls parents qu'ils laissent pas leur fils s'exagérer et doit connaître ses limites malgré son handicap : Tarabulsky. G-M faire imposer des règles, c'est-à-dire en lui impliquant la discipline que les limites claires aux enfants lui permettent à ses derniers de développer leur confiance en soi, de devenir coopératif avec les autres pairs ou les adultes. Et que le langage permet aux parents de lui enseigner les normes, les valeurs et les rôles sociaux.

Concernant l'avenir de ses cas qui sont « B.D » et « W » et « L » et « A.R », « R », « A » leurs parents envisagent leur futur en bon condition qu'ils seront autonome et indépendant et que dans le cas « W », « L », « A » se focalisent beaucoup sur leurs acquisitions cognitive et faire chercher des formations afin qu'ils assurent leurs avenir ; selon Ammann (2012) : engagement des parents constitue une marche naturelle de la vie, et c'est une établissement ordonné de la continuité.

Enfin le cas de « S » est le seul cas infirmé dans notre recherche, car les parents sont indifférent envers lui, ils ne sont pas disponible, la mère qui ne

prête pas d'attention et du temps pour son enfant, sauf en cas de nécessité et le père qui ne se trouve pas à la maison pendant la journée, ils n'ont pas favorisé leur enfant, malgré cela ce dernier a pu acquérir différentes acquisitions mais il est dû soit à son entourage qui est affectueux ou même au centre qui l'ont intégré

Effectivement, l'intervention des parents et leur investissement pendant le développement de leur enfant que se soit normal ou handicapé joue un rôle capital et décisif dans l'évolution de leurs enfants, à travers des résultats obtenus par les deux outils utilisés durant notre étude : l'entretien clinique et la grille d'évaluation des acquisitions de l'enfant trisomique.

La conclusion :

Dans notre étude intitulé « la relation des acquisitions de l'enfant trisomique avec l'investissement parentale », dont laquelle on a tenté de décrire le rôle des parents envers leurs enfants trisomiques afin de comprendre la relation qui est entre leurs investissements et les acquisitions de leurs enfants.

C'est une recherche effectuée au sein du centre médico- psychopédagogique avec les enfants trisomiques et leurs parents. Les résultats de cette recherche sont confirmatifs dans 6/7 cas et infirmes dans un seul cas. Et ce ci après l'analyse des résultats obtenus dans les outils utilisés dans cette recherche qui sont : l'entretien semi-directif, et la grille d'évaluation des acquisitions des enfants trisomiques, on constate que les enfants accèdent aux différentes acquisitions, à travers le bon investissement des parents envers leurs enfants trisomiques.

D'après notre recherche effectuée, l'investissement des parents joue un rôle primordial dans les acquisitions de leurs enfants trisomiques ; toutefois se sont des enfants qui souffrent de différents problèmes, que soit du côté du retard mental ou même des perturbations physiques ; ils ont besoin d'être bien entourés et de leur offrir la sécurité et la protection mais aussi l'affection.

À savoir que le développement physique, émotionnel, cognitif répond aux importantes parties des comportements de leurs parents. Et cela se fait en fonction des pensées et même les sentiments et l'affection et la sensibilité éprouvés par les parents à leur égard, on évoquant pareille le travail des professionnels qui aident beaucoup ses enfants à se progresser surtout concernant le côté scolaire, psychomotrice, etc.....

Il est important de noter que notre recherche s'est déroulée dans des bonnes conditions en général, et on a bénéficié de beaucoup de chose sur le plan méthodologique, pédagogique et surtout humain. Malgré qu'on a rencontré des difficultés ; par rapport au non disponibilité des pères, mais les mères nous a répondu sur les questions concernant leur conjoint.

Enfin nous pouvons noter que notre recherche à montrer que l'investissement parental est le noyau et l'unité fondamentale de l'enfant tout au long de son processus de développement.

Cette modeste recherche reste qu'une initiative pour servir sur d'autre perspective, tel que :

- le vécu psychologique des parents ayant un enfant trisomique.
- le développement affectif et cognitif de l'enfant trisomique avec l'intervention parental.
- les rôles des professionnels et des établissements spécialisés dans différente acquisition de l'enfant trisomique 21.

Bibliographie

La liste bibliographique :

Les ouvrages :

A

- 1 – Ajuriaguerra. D-J, (1980),«**Manuel de psychiatrie de l'enfant** », Masson, paris.
- 2- Abernot.y, et al ,(2009), « **Réussir son master ;en sciences humaines et sociales , problématique ,méthodes ,outils** » Dunond , paris .
- 3-Angers.M, (1997), « **Initiation a la méthodologie des sciences humaines** ».
- 4- Ammann. I(2012) « **Trisomie 21, approche orthophonie ; repères théorique et conseil aux aidants** », éd de Books, Bruxelles.

B

- 5- Baulinet.M ,(2012), « **Couple parental de l'enfant porteur de handicap une problématique spécifique** » éd Bod Books, paris.
- 6- Baudier. A, et al, (2010), « **développement affectif et social de jeunes enfant** », 3^{eme} éd, paris.
- 7 -Bénony.H, et al, (1999), « **Entretien clinique** », Dunod, paris.

C

- 8- Chahraoui,.k, et al, (2003), « **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique** », Dunod, paris.
- 9 –Caroline. S, (2006), « **Comprendre son enfant 0-10 ans** », groupe stady parents, paris.
- 10-Cicone.A ,(1998), « **Observation clinique** », 1^{eme}.éd ; Dunod ;Paris
- 11 –Chiglione. R, et al, (1999), « **Cours de psychologie** » Donnod, paris.
- 12-Cuillert. M, (2007), « **Trisomie 21, et handicap génétiques associés** » Masson ; 3eme éd, paris.

D

- 13- Donnai. R, (2009) ,« **génétique médicale** » 2^{eme} éd,de Boeck université, Belgique.

14- Duchêne. J, (1997), « **éthique et handicap mental** », Belgique.

G

15-Goulillou. P, (2003), « **pourquoi les femmes des riches sont belles** » ; **programmation génétique et compétition sexuelle** », duculot ; Bruxelles

16-Guidetti. M, et Tourette . C (2004) « **Handicap et développement psychologique de l'enfant** », éd Armand colin, paris.

17-Guidetti, M, et Tourette, (1999) « **Handicap et développement psychologique de l'enfant** », éd Armand colin, paris.

18- Lobert Del Bayle .L, et al, (2000), « **Initiation aux méthodes des sciences sociales** », L'harmattan, paris.

M

19 –Mercredi. D,(1984), « **Psychopathologie de l'enfant** », éd Masson, paris.

20 –Martin. J, F,(2007), « **La déficience mentale** », Québec, saint marin.

21-Mallet. P, (2003), « **Psychologie de développement enfance et adolescence** », éd. Berlin.

R

22-Reuchelin.M ;(2002) ; « **les méthodes en psychologie** » ;12^{ème}.éd. Paris

23- Ringler.M,(2000) , « l'enfant déficient ;en 40 question »DUNOD, France.

24-Rondal. G, A, et al, (1982), « **Questions et réponses sur le mongolisme** », édition la liberté, Québec, Canada.

S

25-Sebbag. E, R,(2008), « **Apprentissage de l'exercice –médical santé publique médecine légale** », éd Estem, paris.

T

26-Tarabulsy. G, et al, (2008), « **L'évaluation psychologique auprès des familles vulnérables** », Québec.

27-Tourrette. C ,et al (2008) ,« **introduction à la psychologie du développement ; du bébé à l'adolescent** », 3^{ème}.éd ,armand colin,Paris

W

28-Weil. Et al, (2008), « **100 fiches de psychologie** » 2^{ème} éd, Bréal.

Z

29- Zribi. G, (2005), « **Penser l'handicap mental** », édition ENSP France.

Les dictionnaires :

1-Champy. P, et al, (1998), « **dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation** » 2^{ème} éd, Nathan université.

2- Henriette. B, et al, (1999), « **Grand dictionnaire de psychologie** », Larousse 21 rue de montrausse paris cedex 06.

3- Sillamy. N(2003), « **Dictionnaire fondamental de psychologie de A à k** » .

Fiches électroniques :

1-Desus.P, (2002), « **description et prescription dans les méthodes de recherche en éducation** »édition l'Harmattan, paris URL :

[http //webcom.upmf-gronoble.fr/scie](http://webcom.upmf-gronoble.fr/scie) du P.Desus. PDF 31/04 /2015 11H40

3-INSP. (2010) : « **parents, enfant, les premiers ajustements** » ; France URL : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/> 15/03/2015 15/30

3-Lasserre,C-B(2013), « **DOSSIER-RESSOURCE : « TRISOMIE** », Haute école pédagogique.france URL :[pttp://trisomie21-dossier- cycle1-2013pdf](http://trisomie21-dossier-cycle1-2013pdf) 20 /03 /2015 16 :h55

4 – Renaud.T, et al, (2010) « **La trisomie 21** », université médicale virtuelle francophone.

5-Wischart, J, (1998), « **Le développement cognitif des jeunes enfants atteints de trisomie 21** » (Ururo, fichier PDF, le 11/03/2015 à13 :22 ,12pages)

Les articles :

1- Noack, N, (1997), «**Eléments de réflexion sur le développement et les caractéristique psychomotrice du sujet porteur d'une trisomie 21** » Vol. 9 – n° 36 Toulouse.

Les thèses :

1- Boire.M, (2003), « **investissement sociaux émotionnel et sensibilité parentale chez les pères et mères de nourrisson** », Université de Québec à trois Rivières.

2- Martin.P, et al, (1993), « **Le handicap en question des familles face à la découverte du l'handicap et à l'accompagnement de jeune enfant à domicile** » Université libre de Bruxelles, école de santé publique, éd par CTNERHI, Belgique.

Site d'internet :

1-[http : // www.association Soraya,2010 fr. /spip -PHP ?article 15](http://www.association Soraya,2010 fr. /spip -PHP ?article 15), consulté le 23/04/2015 à 15 h:30 .

2- <http:// www. Conseil canadien, fr. / lessons in Learning /2007>, consulté le 09/04/2015 à 11h :45.

Annexes

Annexe n° 01 : entretien clinique :

La relation des acquisitions d'enfant trisomique avec l'investissement parental :

Axe I : l'information personnelle :

1-prénom :

- âge :

2-sexe : masculin :

féminin :

4-famille : nucléaire :

recomposée :

5-nombre d'enfants :

6-niveau d'instruction des parents :

7 -profession des parents :

8-situation sociale :

Axe II : le déroulement de la grossesse :

1- Est ce que vous connaissiez votre mari ?

2- Comment la grossesse c'est déroulé ?

3- Est-ce que c'est votre 1^{ère} grossesse ?

4- Avez-vous bénéficié d'un suivi médical pendant la grossesse ?

5- Quel était votre âge lors de l'accouchement de votre enfant ?

6- Est ce que vous souffrez d'une maladie avant ou durant la grossesse ?

Axe III : annonce de l'anomalie de l'enfant :

1- Avez-vous remarqué quelque chose d'inhabituelle chez votre enfant ?

2- Combien de temps après sa naissance que vous avez eue le diagnostic ?

3- Qui vous a informé ?

4- Qu'elle est votre réaction lors de l'annonce ? et votre conjoint ?

5- Qu'est ce que vous connaissiez déjà sur cette anomalie ?

7- Avez-vous eu plus d'information sur cet état ? par quel moyen ?

Axe IV : le développement de l'enfant :

1. A quel âge a commencé à prononcer ces premiers mots ?

2. A quel âge a commencé la marche ?

3. Quel sont les acquisitions usuels et pratique de votre enfant ?

-Est t-il capable de manger tous seul ?

S'habiller tous seul ?

Aller à la toilette tous seul ?

Axe V : la relation parent-enfant :

1. Est ce que vous consacriez beaucoup de temps pour lui ? et votre conjoint ?

2. Quel sont les moyen de communication utilisés avec lui ?

3. Est-ce que vous impliquez avec lui lorsqu'il joue ?

4. Lisez-vous une histoire pour lui ?

5. Regarder vous ensemble la télévision ?

6. Es t ce que vous manger ensemble ?

7. Est-ce que vous accompagnez votre enfant dans la famille ?

- Les voisins ?

- Les supermarchés ?

- Au parc ?

8. Est-ce que vous trouvez des difficultés à l'intègre dans le sport ou une autre chose comme music dessin ? qu'avez-vous fait ?

9. QUI vous a facilité la tâche ?

10. Qu'elle était sa réaction pour la première fois ?

11. Et-il apprend quelque chose ?
12. Est-ce que vous avez les mêmes comportements avec ses frères normaux ?
13. Quel est votre sensation lorsque vous s'éloignez de lui ?
14. Comment l'aidez-vous pour qu'il s'intègre socialement ?
15. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées avec votre enfant ?

Axe VI : ses relations interpersonnelles :

1. Ses relations avec :
 - la fratrie ?
 - La grande famille ?
 - l'entourage ?
2. Est-ce que votre entourage vous aide dans sa prise en charge ?
3. Quel est la personne de votre entourage que votre enfant est très attaché à lui ? pourquoi ?
4. Quel est votre réaction vis-à-vis de cela ? Votre conjoint ?

Axe VII : son quotidien au sein de centre médical pédagogique :

1. A quel âge vous l'avez inscrit au centre ?
2. Comment avez-vous eu l'idée de l'inscrire ?
3. Est-ce que c'est votre 1^{ère} idée de l'inscrire ? qui vous a orienté ?
4. Qu'est-ce qui vous a marqué lors de sa première rentrée au centre ?
5. Qui le ramène au centre ?
6. Aime-t-il venir au centre ?
7. Avez-vous remarqué des changements chez lui ? lesquels

8. A-t-il appris quelque chose ?
9. Est-ce que il avance beaucoup ?
10. A-t-il amélioré dans ses acquis de l'autonomie dans les gestes de tous les jours à savoir s'habiller, s'alimenter, se laver et sociable etc.....
11. Suivez-vous votre enfant dans son processus d'évolution au sein de l'établissement ? et votre conjoint

Axe VIII : l'avenir de l'enfant :

1. Comment envisagez- vous l'avenir de votre enfant ?
2. Qu'est ce que vous souhaitez pour lui ?
3. Avez-vous des projets à construire pour lui ?
4. Y-a -t-il quel que chose que vous voulez ajoutés ?

Axe IX : relation psychologue - enfant :

1. Depuis quand l'enfant est la ?
2. Avec qui vient-il chaque matin ?
3. Est que les parents viennent t'il pour s'informer sur l'état d'amélioration de son enfant ?
4. En cas de convocation, les parents viennent t'il ensembles ?
5. Les parents participent t'il en cas d'activités spéciales ?
6. Est-ce que ils viennent avec leur enfant en cas de fêtes ?

Axe X : relation éducateur-enfant :

1. Est -il un enfant attentive ?
2. Est -il un enfant agressif et violent ?
3. Est-ce que l'enfant à progresser par rapport a son entrer dans le centre?
4. Est-ce qu'il peut lire des phrases simples ?
5. Arrive t-il a faire des petit calcule?

6. Arrive –il à reconnaître la bonne manière et la mauvaise manière ?
7. Arrive –il à distinguer entre les goûts (sucre, sel, café)?
8. Connait-il le différent fruit et légumes ?
9. Arrive t-il a refaire un schéma ?
- 10.S'intègre-il au sein de son groupe ?
- 11.Est-ce qu'il sociables, actif avec les autre ?

Annexe n° : 02 la grille d'évaluation des acquisitions des enfants trisomique :

Grille d'évaluation des acquisitions d'un l'enfant

Trisomique 21

Les acquisitions	Oui	Non
I-Autonomie :		
Laver seul son visage.		
Laver seul ses les mains.		
s'essuyer tous seul.		
Nettoyer tous seul sa croute de nez		
Manger seul avec une cuillère		
Manger avec une fourchette		
Porter un verre ou une tasse a sa bouche et boit		
Nettoyer ce qu'il a renversé avec un chiffon		
Brosser seul ses dents		
Mouiller ses habits diurnes		
Contrôler ses besoins d'urine et aller à la selle		
S'habiller et se déshabiller sans aide		
Boutonner correctement sa chemise en faisant correspondre les boutons aux bons trous		
mettre t-il seul ces chaussure		
Enlever ses chausseurs ainsi ses chaussettes		
Attacher ses lacet seul		
En cas d'activités physique ,se montrer une bonne coordination :		
Courir		
Grimper		
II : Le langage : expressif et compréhensif :		
-Expression		
Savoir faire le pronom personnelle « je » ; « il »		
Utiliser les pronoms personnelles de façon adéquate tels ; je, nous, il, vous		
Prononcer correctement la plupart des mots qu'il utilise		
Formuler une phrase complète lorsqu'il parle		
Poser des questions : quoi, comment, ou		
Indiquer l'action en cour lorsqu'il regarde l'image d'un livre		
Designner le nom de certain objet qu'il appartient		

Utiliser les expressions de politesse tels ; « merci » « s'il te plait »		
Raconter en détail se qu'il fait en dehors		
Parler de ce qu'il ressent ; colère, joie		
-Compréhension		
Utiliser le mot méchant ou gentil pour les autres enfants		
Faire la distinction entre les sexes		
Répondre lorsque quelqu'un le questionne tels ; est ce que veut tu manger, ou veut tu sortir...etc		
Savoir les différentes fonctions des organes tels; voir avec ses yeux		
Répondre lorsqu'on lui demande son âge.		
Soutenir une conversation		
III- Le cognition :		
La conscience du danger ; (feux)		
citer différents éléments du visage(les yeux, le nez), et de corps (bras, pied)		
Faire la différence entre les différents pronoms personnels ;(je tu il ...)		
Distinguer entre le droit et le gauche		
Connaitre le « haut » et le « bas »		
Connaitre « proche » ; « loin »		
Utiliser les mots correctement tels, « hier », « aujourd'hui » et « demain »		
Connaitre certains objets tels (table, chaise)		
citer certains animaux domestiques tels ; (brebis, mouton, vache, poule)		
Connaitre certaines lettres de l'alphabet		
Suivre des pontiers avec un stylo		
Ecrire un mot, en le recopiant		
Ecrire son nom en met les lettres en ordre		
Dessiner- coloré		
Citer deux jours de la semaine		
Compter jusqu'au cinq		
Compter jusqu'au dix		
Connaitre le nombre des doigts		
différencier certaines formes telles rondes, carrés, triangles		
Reproduire des formes avec la patte à modeler		
Utiliser les jouets de manière appropriée		
Rassemble r un puzzle simple		

Imiter un jeu (joue en parallèle)		
Comprendre les histoires sur une télévision		
il est attentif		
VI-sociale		
Accueillir les autres en le saluant ou “avec la main“		
Ignorer d’ autrui		
peu souriant		
Manifester de l’affection envers les autres personnes ainsi que les membres de sa famille		
Indifférence vis-à-vis de ses parents		
Préférer demeure seul		
agressif par apport aux autres enfants		
Jouer avec les autres enfants		
Partager ses objets avec d’autres personnes		
S’impliquer dans des activités parmi d’autres enfants		
Demander un aide lorsqu’il effectue une tâche		
S’adapter facilement au sein d’un groupe		
En récréation, s’asseoir avec les autres		
Suivre les consignes de son éducateur lors des activités de groupe		
Demander la permission pour faire quelque chose a son éducateur		
En cas de faute, s’excuser auprès de l’éducateur ou un autre personne.		
R les adulte et le personelle du centre		